

# Análise PMAQ - 2º ciclo (Avaliação Externa – Módulo I e II)



**Saúde da Família**

*Coordenadoria de Atenção  
Primária/SAS/ SES-MT*

*Análise do segundo ciclo PMAQ  
(Avaliação Externa – Módulo I e II)*

Cuiabá-MT  
2016

**GOVERNO DE MATO GROSSO****PEDRO TAQUES**

Governador do Estado de Mato Grosso.

**CARLOS FAVARO**

Vice-Governador do Estado de Mato Grosso

**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE****João Batista Pereira da Silva**

Secretário de Estado de Saúde de Mato Grosso

**Wisley Rone Clemente**

Secretário Executivo de Saúde

**Ricardo Venero Soares**

Secretário Adjunto de Saúde de Políticas e Regionalização

**Fábio Henrique do Lago**

Secretário Adjunto de Serviços de Saúde

**Maria Gabriela Boabaid Teixeira**

Secretário Adjunto de Regulação

**Ana Carolina Machado Landgraf**

Superintendente de Atenção à Saúde

**Regina Paula Oliveira Amorim Costa**

Coordenadora de Atenção Primária

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MATO GROSSO  
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

## **ANÁLISE DO SEGUNDO CICLO DO PMAQ**

*Análise do segundo ciclo PMAQ  
(Avaliação Externa – Módulo I e II)*

*Mato Grosso - 2016*

Coordenadoria de Atenção Primária

© 2016 Secretaria de Estado de Saúde. Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada à fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

*Edição digital*

**Distribuição e informações:**

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
 Superintendência de Atenção à Saúde  
 Coordenadoria de Atenção Primária.  
 Gerência da Estratégia Saúde da Família  
 Gerência de Saúde Bucal  
 Rua D- Quadra 12-Lote 02 Bloco 05

CEP 78050-970 Cuiabá MT

**Fone:** (065) 3613-5338

**Home Page:** [http://www.saude.mt.gov.br/atençãoa saúde](http://www.saude.mt.gov.br/atençãoa%20saúde)

**E-mail:** coatba@ses.mt.gov.br

### **Elaboração:**

Alessandra Stefan Pottratz  
 Alyrio Metello Filho  
 Claci Bortolanza  
 Cristhiane Candido Duarte  
 Inês de Cássia Franco Pedrosa  
 Jane da Silva  
 Leonor Cristina Alves Pereira  
 Maria Helena Lopes  
 Niciane Okumura  
 Pablo Berticelli  
 Regina Paula de Oliveira Amorim Costa  
 Rose Maria Peralta Guilherme  
 Susilei Lourenço dos Santos

Regina Paula de Oliveira Amorim Costa  
**Coordenadora de Atenção Primária**

Alessandra Stefan Pottratz  
**Gerente da Estratégia Saúde da Família**

Alyrio Metello Filho  
**Gerente de Saúde Bucal**

### **Colaboradores:**

Gilce Maynard B. Gattaz

### Ficha catalográfica

---

Mato Grosso. Secretaria de Estado de Saúde Brasil. Superintendência de Atenção à Saúde.  
 Saúde da família: Análise do segundo ciclo PMAQ: avaliação externa – modulo I e II.  
 Secretaria de Estado de Saúde. Superintendência de Atenção à Saúde. – Cuiabá. Secretaria  
 de Estado de Saúde, 2016.  
 80 p.  
 1. Saúde da família. 2. Atenção primaria à saúde. 3. Saúde bucal. 4. Mato Grosso. I.  
 Título.

614.2: 616.314-084(817.2)

---

Elaborada pela Biblioteca da Escola de Saúde Publica de Mato Grosso

## SUMÁRIO:

<b>APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>1 – INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>2 – OBJETIVOS .....</b>	<b>15</b>
<b>2.1 – OBJETIVO GERAL: .....</b>	<b>15</b>
<b>2.2 – OBJETIVOS ESPECÍFICOS: .....</b>	<b>15</b>
<b>3 – METODOLOGIA .....</b>	<b>16</b>
<b>4 – CONSOLIDAÇÃO DOS DADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>17</b>
<b>4.1 – MÓDULO I: OBSERVAÇÃO DA UNIDADE .....</b>	<b>17</b>
<b>4.2 – MÓDULO II: ENTREVISTA COM O PROFISSIONAL SOBRE O PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA E VERIFICAÇÃO DE DOCUMENTOS DA UBS.....</b>	<b>47</b>
<b>5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>76</b>
<b>6 – REFERÊNCIAS: .....</b>	<b>79</b>

## LISTA DE QUADRO, TABELAS E FIGURAS:

Tabela 01 – Distribuição das equipes de Saúde da Família analisadas no segundo ciclo do PMAQ, segundo Regiões de Saúde. Mato Grosso, 2014.

Tabela 02 – Distribuição das equipes de Saúde Bucal participantes da avaliação externa do segundo ciclo PMAQ/AB, por Regiões de Saúde. Mato Grosso, 2014.

Tabela 03 – Número de equipes por Regiões de Saúde com entradas e portas internas das UBS adaptadas para cadeira de rodas. Mato Grosso, 2014.

Tabela 04 – Número de equipes por Regiões de Saúde com cadeira de rodas disponível para deslocamento do usuário. Mato Grosso, 2014.

Tabela 05 – Número de equipes por Regiões de Saúde com disposição de veículo para realização de atividades externas e que atende as necessidades da equipe. Mato Grosso, 2014.

Tabela 06 – Número de equipes por Regiões de Saúde que possuem sala de vacina nas UBS. Mato Grosso, 2014.

Tabela 07 – Número de equipes por Regiões de Saúde com disposição de computadores em condições de uso e o quantitativo dos mesmos por UBS. Mato Grosso, 2014.

Tabela 08 – Número de equipes por Regiões de Saúde que dispõe de internet nas UBS. Mato Grosso, 2014.

Tabela 09 – Número de equipes por Regiões de Saúde com disposição de aparelho de pressão adulto. Mato Grosso, 2014.

Tabela 10 – Número de equipes por Regiões de Saúde com disposição de aparelho de pressão infantil. Mato Grosso, 2014

Tabela 11 – Número de equipes por Regiões de Saúde com disposição de aparelho de nebulização nas UBS. Mato Grosso, 2014.

Tabela 12 – Número de equipes por Regiões de Saúde com disposição de balança antropométrica de 200kg. Mato Grosso, 2014.

Tabela 13 – Número de equipes por Regiões de Saúde com disposição de balança infantil. Mato Grosso, 2014.

Tabela 14 – Número de equipes por Regiões de Saúde com disposição de régua antropométrica. Mato Grosso, 2014.

Tabela 15 – Número de equipes por Regiões de Saúde com disposição de estetoscópio adulto. Mato Grosso, 2014.

Tabela 16 – Número de equipes por Regiões de Saúde com disposição de estetoscópio infantil. Mato Grosso, 2014.

Tabela 17 – Número de equipes por Regiões de Saúde com disposição de foco de luz para exame ginecológico. Mato Grosso, 2014.

Tabela 18 – Número de equipes por Regiões de Saúde com disposição de mesa para exame ginecológico com perneira. Mato Grosso, 2014.

Tabela 19 – Número de equipes por Regiões de Saúde com disposição de geladeira exclusiva para vacina. Mato Grosso, 2014.

Tabela 20 – Número de equipes por Regiões de Saúde com disposição de oftalmoscópio. Mato Grosso, 2014.

Tabela 21 – Número de equipes por Regiões de Saúde com disposição de sonar Doppler. Mato Grosso, 2014.

Tabela 22 – Número de equipes por Regiões de Saúde com disposição de termômetro clínico. Mato Grosso, 2014.

Tabela 23 – Número de equipes por Regiões de Saúde com disposição de otoscópio. Mato Grosso, 2014.

Tabela 24 - Consultórios odontológicos das Equipes de Saúde Bucal localizados na mesma Unidade de Saúde da Equipe de Atenção Básica por Regiões de Saúde. Mato Grosso, 2014.

Tabela 25 – Aspectos de ambiência avaliados nos consultórios das ESBs por Regiões de Saúde. Mato Grosso, 2014.

Tabela 26 - Percentuais de existência e condição de uso de equipamentos odontológicos centrais por Regiões de Saúde. Mato Grosso, 2014.

Tabela 27 - Percentuais de existência e condição de uso de equipamentos odontológicos periféricos por Regiões de Saúde. Mato Grosso, 2014.

Tabela 28 - Percentuais de existência e condição de uso de equipamentos radiográficos odontológicos por Regiões de Saúde. Mato Grosso, 2014.

Tabela 29 - Percentuais de existência e condição de uso de equipamentos para processo de esterilização de materiais e instrumentais odontológicos. Mato Grosso, 2014.

Tabela 30 – Número de equipes por Regiões de Saúde que realizam atividade mensal de planejamento de ações em saúde. Mato Grosso, 2014.

Tabela 31 – Número de equipes por Regiões de Saúde que recebem apoio para o planejamento e organização do processo de trabalho. Mato Grosso, 2014.

Tabela 32 – Número de equipes de saúde bucal por Regiões de Saúde que recebem apoio ao planejamento e organização de trabalho. Mato Grosso, 2014.

Tabela 33 – Número de equipes de atenção básica por Regiões de Saúde que realizam monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde. Mato Grosso, 2014.

Tabela 34 – Número de equipes de saúde bucal que utilizam do monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde bucal. Mato Grosso, 2014.

Tabela 35 – Número de equipes por Regiões de Saúde que realizam discussão dos dados de monitoramento do Sistema de Informação. Mato Grosso, 2014.

Tabela 36 – Número de equipes por Regiões de Saúde que recebem apoio institucional permanente de uma equipe ou pessoa da Secretaria Municipal de Saúde na discussão dos processos de trabalhos realizados. Mato Grosso, 2014.

Tabela 37 – Número de equipes de saúde bucal por Regiões de Saúde que recebem apoio institucional e apoio matricial. Mato Grosso, 2014.

Tabela 38 – Número de equipes por Regiões de Saúde com definição da área de abrangência. Mato Grosso, 2014.

Tabela 39 – Número de equipes por Regiões de Saúde que realizam acolhimento aos usuários. Mato Grosso, 2014.

Tabela 40 – Percentuais de equipes por Regiões de Saúde que realizam acolhimento segundo os turnos diários. Mato Grosso, 2014.

Tabela 41 – Percentuais de equipes por Regiões de Saúde que realizam acolhimento segundo o número de dias da semana. Mato Grosso, 2014.

Tabela 42 - Percentuais de equipes por Regiões de Saúde com utilização de reserva de vagas para consultas de demanda espontânea. Mato Grosso, 2014.

Tabela 43 – Percentuais de equipes por Regiões de Saúde possuindo protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento à demanda espontânea para situações definidas. Mato Grosso, 2014.

Tabela 44 – Percentuais de equipes por Regiões de Saúde possuindo protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento à demanda espontânea para situações definidas. Mato Grosso, 2014.

Tabela 45 – Percentuais de equipes por Regiões de Saúde que realizam atendimento segundo os tipos de casos de urgência/emergência. Mato Grosso, 2014.

Tabela 46 – Percentuais de equipes por Regiões de Saúde que realizam atendimento segundo os tipos de casos de urgência/emergência. Mato Grosso, 2014.

Tabela 47 – Percentuais de equipes por Regiões de Saúde segundo pré-agendamento de consulta. Mato Grosso, 2014.

Tabela 48 – Percentuais de equipes por Regiões de Saúde segundo o tipo de agendamento. Mato Grosso, 2014.

Tabela 49 – Percentuais de equipes por Regiões de Saúde segundo organização da agenda dos profissionais. Mato Grosso, 2014.

Tabela 50 – Percentuais de equipes por Regiões de Saúde segundo a renovação de receitas para usuários de cuidado continuado de programas como hipertensão e diabetes, sem a necessidade de marcação de consultas médicas. Mato Grosso, 2014.

Tabela 51 – Percentuais de equipes por Regiões de Saúde segundo reserva de vagas na agenda ou um horário de fácil acesso pra realização de consulta de retorno. Mato Grosso, 2014.

Tabela 52 – Percentuais de equipes por Regiões de Saúde segundo reserva de vagas na agenda ou um horário de fácil acesso ao profissional para que o usuário possa sanar dúvidas pós-consulta ou mostrar evolução de quadro clínico. Mato Grosso, 2014.

Tabela 53 – Percentuais de equipes por Regiões de Saúde segundo tipos de exames realizados/coletados na unidade. Mato Grosso, 2014.

Tabela 54 - Percentuais de equipes por Regiões de Saúde segundo a realização de procedimentos clínicos. Mato Grosso, 2014.

Tabela 55 – Percentuais de equipes por Regiões de Saúde segundo a realização de puericultura nas crianças de até dois anos. Mato Grosso, 2014.

Tabela 56 – Percentuais de equipes por Regiões de Saúde segundo atendimento a pessoas em sofrimento psíquico e registro de casos mais graves. Mato Grosso, 2014.

Tabela 57 – Percentuais de equipes por Regiões de Saúde segundo registro dos usuários com necessidade decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. Mato Grosso, 2014.

Tabela 58 – Percentuais de equipes por Regiões de Saúde segundo realização de ações para pessoas com necessidade decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. Mato Grosso, 2014.

Tabela 59 - Percentuais de equipes por Regiões de Saúde segundo encaminhamento dos usuários com queixa de acuidade visual ou demanda de avaliação de refração, sem a necessidade de marcação de consulta. Mato Grosso, 2014.

Tabela 60 – Percentuais de equipes por Regiões de Saúde segundo realização de registro dos usuários de maior risco encaminhados para outros pontos de atenção. Mato Grosso, 2014.

Tabela 61 – Percentuais de equipes por Regiões de Saúde segundo realização de registro dos usuários de maior risco encaminhados para outros pontos de atenção. Mato Grosso, 2014.

Tabela 62 – Percentuais de equipes de saúde bucal por Regiões de Saúde segundo encaminhamentos de pacientes a outros pontos de atenção. Mato Grosso, 2014.

Tabela 63 – Percentuais de equipes por Regiões de Saúde segundo a existência de protocolo ou critérios para visita domiciliar. Mato Grosso, 2014.

Tabela 64 – Percentuais de equipes por Regiões de Saúde segundo a existência de Conselho Local de Saúde ou outros espaços de participação popular. Mato Grosso, 2014.

## **LISTA DE SIGLAS**

AB – Atenção Básica  
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária  
APS – Atenção Primária à Saúde  
CMS - Conselho Municipal de Saúde  
COAP – Coordenadoria de Atenção Primária  
ERS – Escritório Regiões de Saúde de Saúde  
ESB – Equipes de Saúde Bucal  
ESF – Equipe de Saúde da Família  
M&A – Monitoramento e Avaliação  
MS – Ministério da Saúde  
MT – Mato Grosso  
PEC – Prontuário Eletrônico de Saúde  
PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica  
PNAB - Política Nacional de Atenção Básica  
PNH – Política Nacional de Humanização  
PNI – Programa Nacional de Imunização  
PSF – Programa de Saúde da Família  
RAS – Redes de Atenção à Saúde  
RDC – Resolução da Diretoria Colegiada  
SES – Secretaria de Estado de Saúde  
SB – Saúde Bucal  
SF – Saúde da Família  
SIMAP – Sistema de Informação do Monitoramento da Atenção Primária  
SINAN - Sistema de Informação sobre os Agravos Notificáveis  
SISPRE-NATAL - Sistema de Informação do Pré-Natal  
SUS – Sistema Único de Saúde  
UBS – Unidade Básica de Saúde

## APRESENTAÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada preferencial do SUS e coordenadora do cuidado prestado nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) deve dispor de infraestrutura e equipamentos indispensáveis para o desenvolvimento das ações de saúde. Estrutura física adequada, disponibilidade de equipamentos e materiais de acordo com o quantitativo da população adstrita e suas especificidades são de fundamental importância para a organização dos processos de trabalho e a atenção à saúde dos usuários. Os materiais impressos, a manutenção e a compra de equipamentos e insumos são itens que visam garantir a qualidade dos serviços, a organização do processo de trabalho e a atenção à saúde dos usuários.

Em Mato Grosso, na perspectiva da institucionalização do Monitoramento e Avaliação (M&A) da Atenção Primária à Saúde (APS) como parte do processo de gestão, foram estabelecidos projetos estratégicos de acompanhamento da organização e das ações da atenção primária nas equipes de saúde da família, contemplados em um Plano Estadual de Monitoramento e Avaliação, resultante da reflexão conjunta dos representantes das áreas estratégicas e legitimada pela instância de deliberação e de decisão superior da SES - Secretaria Adjunta de Gestão Estratégica.

Conforme a metodologia proposta no plano, as ações foram desenvolvidas pela Coordenadoria de Atenção Primária (COAP), juntamente com os técnicos dos Escritórios Regionais de Saúde (ERS), partindo do levantamento de dados e indicadores disponíveis nos sistemas de informação em saúde sobre o município acompanhado; entrevista com os profissionais quanto à estrutura organizacional e o processo de trabalho; observação local da disponibilidade de equipamentos e medicamentos; e ainda, levantamento dos serviços especializados de referência. Em espaços de discussão com os técnicos das equipes de Atenção Primária, era proposta a elaboração de uma matriz de planejamento, para a priorização dos problemas e discussão de estratégias de intervenção. Posteriormente, com a participação de gestores, Conselho Municipal de Saúde (CMS), técnicos e vereadores estabelecia-se uma mesa de negociação, para a pactuação de metas e definição de prazos.

Implementando as ações de M&A nos estados, o MS propôs o PMAQ, com o mesmo objetivo de monitorar e avaliar a APS, através de um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes que partindo da adesão voluntária ao programa, garantiriam maiores incentivos financeiros à medida que um padrão de qualidade fosse alcançado.

Pontos comuns foram identificados entre as duas propostas, cabendo à Coordenadoria de Atenção Primária/SAS/SES/MT (COAP) o desafio de otimizá-las, pois embora similares, possuíam metodologias distintas, porém, com a mesma necessidade de apoio técnico para se concretizar. Com este desafio, a COAP optou por não mais aplicar o instrumento de coleta de dados, mas se apropriar dos dados produzidos pelo PMAQ e adotá-los como base para o seu apoio institucional.

Assim, com o intuito de apoiar tecnicamente os municípios e melhor instrumentalizar os técnicos dos ERS para as ações de M&A, propõe-se aqui analisar a situação da estrutura organizacional da APS em Mato Grosso, buscando induzir a reflexão, principalmente acerca da necessidade de investimentos para a qualificação das equipes nas UBS, tanto no que se refere à infraestrutura quanto aos processos de trabalho.

## 1 – INTRODUÇÃO

A APS tem como um dos seus fundamentos possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade, reafirmando os princípios básicos do SUS: universalização, equidade, descentralização, integralidade e participação da comunidade. A expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF) é defendida e incentivada pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) como modelo de organização dos serviços de APS.

O processo de consolidação da ESF em Mato Grosso (MT) configura-se atualmente como o maior desafio colocado para as instâncias gestoras do SUS-MT, ou seja, a garantia da qualidade da atenção prestada aos seus usuários. Pois, apesar do aumento do acesso aos cuidados em saúde pela ampliação das coberturas da ESF, ainda há muitos problemas que precisam ser manejados, particularmente referidos a equidade do acesso, resolutividade e qualidade da atenção.

Para o avanço na qualidade da APS, é imperativo que o planejamento das ações aconteça a partir do conhecimento da realidade local, do monitoramento e avaliação de indicadores que permitam identificar deficiências na atenção prestada, das necessidades em saúde dos usuários, da definição de metas, prazos e responsabilidades, assim como do estabelecimento de propostas de intervenção.

O monitoramento, como instrumento de gestão, e a avaliação, como julgamento de valor são importantes ferramentas utilizadas no planejamento e formulação de políticas e programas, oferecendo aos gestores subsídios para uma visão crítica da realidade e para a tomada de decisão baseada em evidências (Contandriopoulos, 1997; Felisberto, 2001; 2004). Além disso, tem demonstrado ser um recurso indispensável na identificação dos horizontes a serem conquistados e, com a descentralização do SUS, as secretarias estaduais de saúde assumiram, também, essa competência (BRASIL, 2008; SAMPAIO, 2011).

Como parte das recentes diretrizes do Ministério da Saúde (MS) para a Atenção Primária em Saúde (APS), foi criado o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ AB. O Programa tem como objetivo incentivar os gestores e as equipes locais do Sistema Único de Saúde a melhorar o padrão de qualidade da assistência oferecida aos usuários do SUS nas Unidades Básicas de Saúde, mediante um processo de autoavaliação, desenvolvimento de melhorias e certificação externa. (BRASIL, 2012).

O Programa consiste de um instrumento que possibilita produzir informações para localizar problemas sanitários, planejar as ações e tomar decisões, sendo que a qualidade e a confiabilidade dos seus dados são condições necessárias para que possibilitem o

monitoramento e avaliação acerca das condições de funcionamento, suas necessidades e potencialidades.

O Estado de Mato Grosso é formado atualmente por 141 municípios, sendo o foco deste estudo as dezesseis regiões de saúde que compõem a estrutura da Secretaria Estadual de Saúde (SES/MT), denominadas Escritórios Regionais de Saúde (ERS).

O estado de Mato Grosso participou com 527 (87,83 %) equipes de SF e 364 (84,45%) equipes de Saúde Bucal - SB. No entanto, passaram pela avaliação externa 514 (92,98%) equipes SF e 301 (82,69%) equipes de SB.

A finalidade deste estudo tem como premissa subsidiar gestores e trabalhadores da Saúde no planejamento de ações e nas reflexões de seus processos de trabalho, assim como no apoio técnico para otimização de resultados. Deste modo, a equipe técnica da COAP analisou os resultados do PMAQ referente às condições de infraestrutura e processo de trabalho das equipes de Saúde da família e saúde bucal buscando orientar a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção primária à saúde, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente.

## 2 – OBJETIVOS

### 2.1 – OBJETIVO GERAL:

Analisar os dados referentes ao segundo ciclo do PMAQ como forma de subsidiar gestores na tomada de decisões para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no estado de Mato Grosso.

### 2.2 – OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Realizar a análise dos dados referentes ao 2º ciclo do PMAQ;
2. Promover à reflexão quanto à estrutura e processos de trabalho das equipes;
3. Subsidiar os técnicos do ERS para uma discussão ampliada junto às equipes de atenção primária e gestores municipais;
4. Promover iniciativas nas equipes a partir da exploração de suas potencialidades;
5. Identificar as regiões do estado de maior necessidade de investimentos.

### 3 – METODOLOGIA

Adotou-se o pressuposto da informação como instrumento indispensável para conhecer as realidades sociais, demográficas e epidemiológicas de uma dada população constricta a um território, como base de apoio nas decisões da gestão.

Trata-se de um estudo exploratório descritivo, com abordagem quantitativa dos dados, que busca descrever e analisar fatos e fenômenos de determinadas realidades. A fonte de dados secundários utilizada foi o banco de dados do segundo ciclo do PMAQ, relativos ao período de 2013/2014.

Considerando os objetivos deste estudo, limitou-se a apropriação dos dados referentes ao Módulo I (observação da unidade) e Modulo II (entrevista com o profissional sobre o processo de trabalho da equipe de Atenção Básica e verificação de documentos da UBS da fase de avaliação). Estes módulos se referem à verificação de evidências para um conjunto de padrões de qualidade que objetivam avaliar as características estruturais (estrutura física, ambiência, equipamentos, materiais, insumos e medicamentos disponíveis) e processuais no trabalho das equipes evidenciados nas entrevistas com os profissionais e verificação de documentos.

Outro ponto de corte neste estudo foi a seleção de padrões comuns a ambas equipes e, considerados fundamentais para o funcionamento das ESF/ESB. Deste modo, foram selecionados os padrões essenciais – aqueles relacionados a condições mínimas de acesso e qualidade – e, padrões estratégicos - relacionados a políticas estratégicas (rede cegonha, rede de urgência e emergência e rede de atenção psicossocial, etc.) e que tem maior peso na matriz de pontuação no processo de certificação do PMAQ.

## 4 – CONSOLIDAÇÃO DOS DADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 – MÓDULO I: OBSERVAÇÃO DA UNIDADE

Segundo Starfield (2004), a qualidade da atenção é traduzida não só pelo quanto das necessidades de saúde estão sendo atendidas de forma otimizada pelos serviços de saúde, mas também através da satisfação dos usuários com os serviços, a segurança e aparência agradável das unidades de saúde em que os serviços são oferecidos. Esta autora admite que, a qualidade da atenção traduzida na satisfação dos usuários também é influenciada pelas condições de infraestrutura dos serviços oferecidos, assim como pela disponibilidade e adequação dos equipamentos e insumos que contribuem para a prestação da assistência.

Para que as unidades básicas de saúde cumpram seu papel central na garantia de acesso à população, sendo porta de entrada na Rede de Atenção à Saúde (RAS), são necessárias organização e infraestrutura que se orientem pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2015).

No mesmo sentido, a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 50, de 21/02/2002 (BRASIL, 2002), dispõe sobre o regulamento técnico para implementação do planejamento, programação, elaboração e avaliação dos projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, de forma a atender os princípios de Regionalização, hierarquização e acessibilidade, visando com isso qualificar a assistência prestada à população, através de uma estrutura física mínima capaz de atender a proposta da APS, fundamentada nas necessidades do usuário.

O MS no projeto de estruturação das UBS recomenda que haja ambientes para o atendimento médico, de enfermagem e de dentistas, inclusive para a realização de curativos e pequenos procedimentos, além de prever mobiliários, equipamentos e instrumentos imprescindíveis para quaisquer outros atendimentos (BRASIL, 2011).

A Política Nacional de Humanização (PNH) também propõem modificações não só na conduta dos profissionais como nos aspectos da infraestrutura dos serviços de saúde, estabelecendo o espaço físico como espaço social, profissional e de relações interpessoais, onde a ambiência deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana, focada na privacidade e individualidade dos sujeitos, garantindo conforto aos trabalhadores e usuários (BRASIL, 2004a).

Os resultados do PMAQ na dimensão “Estrutura e Condições de Funcionamento da UBS”, que abrange as características estruturais e a disponibilidade de materiais e insumos, mostra que mais da metade das equipes avaliadas em Mato Grosso, 55,45% foram classificadas como mediana ou abaixo da média, sugerindo que estas equipes não dispõem de estrutura adequada, insumos, materiais e equipamentos suficientes e necessários para a realização dos procedimentos básicos de saúde. Valorizar a infraestrutura dos serviços de saúde significa favorecer as boas práticas assistenciais, uma vez que a qualidade da assistência prestada pode depender da disponibilidade de certos equipamentos e materiais.

Na avaliação externa, em relação a distribuição das ESF, observou-se que a região de saúde com o maior número de ESF é a região Sul Matogrossense onde se concentram 20,20% (99) das equipes, seguida da região da Baixada Cuiabana com 15,71% (77) e a região do Teles Pires com 14,29% (70). O restante das regiões (13) totalizam 49,85% (244) das ESF (Tabela 01).

Tabela 01 – Distribuição das equipes de Saúde da Família analisadas no segundo ciclo do PMAQ, segundo Regiões de Saúde. Mato Grosso, 2014.

Regiões de Saúde	ESF	
	Nº	%
Sul Mato-grossense	99	20,2
Baixada Cuiabana	77	15,71
Teles Pires	70	14,29
Sudoeste Mato-grossense	26	5,31
Noroeste Mato-grossense	25	5,1
Centro Norte	22	4,49
Garças Araguaia	22	4,49
Oeste Mato-grossense	22	4,49
Alto Tapajós	20	4,08
Vale do Peixoto	20	4,08
Araguaia Xingu	19	3,88
Médio Araguaia	18	3,67
Médio Norte Mato-grossense	17	3,47
Vale dos Arinos	14	2,86
Norte Mato-grossense	11	2,24
Norte Araguaia Karajá	8	1,63
Mato Grosso	490	100,00

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2014

Na distribuição das equipes de SB, a região de Saúde com o maior número de equipes analisadas foi a região Sul Mato-grossense, que concentra 22,3% (67) das equipes, seguida da região Teles Pires, com 19,6% (59) e a região Garças Araguaia, com 6,6% (20). As demais regiões totalizam 51,5% (146) das eSB que aderiram ao PMAQ - 2º ciclo (Tabela 02).

Quanto à modalidade das eSB, 237 equipes (78,7%) são do tipo I (01 cirurgião dentista e 01 auxiliar ou técnico em saúde bucal), seguidas das modalidades tipo II, com 61 equipes (20,3%) e parametrizadas somente 03 equipes (1%), conforme mostra a Tabela 02.

Tabela 02 – Distribuição das equipes de Saúde Bucal participantes da avaliação externa do segundo ciclo PMAQ/AB, por Regiões de Saúde. Mato Grosso, 2014.

Regiões de Saúde	eSB modalidade I	eSB modalidade II	eSB parametrizada	Total eSB
Alto Tapajós	13	1	0	14
Baixada Cuiabana	9	2	0	11
Araguaia Xingu	11	1	0	12
Centro Norte	17	1	0	18
Garças Araguaia	13	6	1	20
Médio Araguaia	15	0	0	15
Médio Norte Mato-grossense	13	0	0	13
Noroeste Mato-grossense	10	0	0	10
Norte Araguaia Karajá	7	0	0	7
Norte Matogrossense	7	2	0	9
Oeste Mato-grossense	8	3	0	11
Sudoeste Mato-grossense	4	9	0	13
Sul Mato-grossense	40	26	1	67
Teles Pires	50	8	1	59
Vale do Peixoto	11	0	0	11
Vale dos Arinos	9	2	0	11
Mato Grosso	237	61	3	301
%	78,7%	20,3%	1,0%	100,0%

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2014

Embora a estrutura física da UBS deva ser facilitadora da mudança das práticas em saúde das ESF (BRASIL, 2008), a Tabela 03 mostra que menos da metade das ESF (45,1%), foram adaptadas para passagem de cadeiras de rodas comprometendo, em alguma medida, a acessibilidade dos usuários.

As regiões com maior percentual de UBS sem adaptações para cadeiras de rodas são: Araguaia Xingu com 89,47% e Baixada Cuiabana com 80,52%, que apresentam acesso limitado aos usuários cadeirantes. Apontando para a não observância da Política Nacional de Humanização (PNH) que propõem também modificações nos aspectos da infraestrutura das UBS, estabelecendo o espaço físico como espaço social, profissional e de relações interpessoais, onde a ambiência deva proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana, focada na privacidade e individualidade dos sujeitos, garantindo conforto aos trabalhadores e usuários; favorecendo a otimização de recursos, o atendimento humanizado, acolhedor, resolutivo e de qualidade (BRASIL, 2004a).

Além disso, esta situação transgride as recomendações do MS em que as ESF devam propiciar acessibilidade à maior quantidade possível de pessoas,

independentemente de idade, estatura, deficiência ou mobilidade reduzida, garantindo a utilização de maneira autônoma e segura do ambiente, edificações e mobiliário.

Tabela 03 – Número de equipes por Regiões de Saúde com entradas e portas internas das UBS adaptadas para cadeira de rodas. Mato Grosso, 2014.

Regiões de Saúde	Sim		Não	
	Nº	%	Nº	%
Vale do Peixoto	13	65	7	35
Norte Araguaia Karajá	5	62,5	3	37,5
Alto Tapajós	12	60	8	40
Garças Araguaia	13	59,09	9	40,91
Teles Pires	40	57,14	30	42,86
Noroeste Mato-grossense	14	56	11	44
Norte Matogrossense	6	54,55	5	45,45
Oeste Mato-grossense	12	54,55	10	45,45
Sudoeste Mato-grossense	14	53,85	12	46,15
Médio Norte Mato-grossense	9	52,94	8	47,06
Vale dos Arinos	7	50	7	50
Médio Araguaia	8	44,44	10	55,56
Sul Mato-grossense	42	42,42	57	57,58
Centro Norte	9	40,91	13	59,09
Baixada Cuiabana	15	19,48	62	80,52
Araguaia Xingu	2	10,53	17	89,47
<b>Mato Grosso</b>	<b>221</b>	<b>45,10</b>	<b>269</b>	<b>54,90</b>

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2014.

Disponer de cadeiras de roda na UBS, mais que garantir a saúde como um direito fundamental do ser humano, enfatiza a preservação da autonomia das pessoas, na defesa de sua integridade física e moral (Lei nº 8.080/1990). Além disso, cabe ao Estado Brasileiro “tomar todas as medidas apropriadas para assegurar às pessoas com deficiência o acesso a serviços de saúde” (Decreto Legislativo nº 186/2008 e Decreto nº 6.949/2009).

A cadeira de rodas auxilia idosos, deficientes físicos ou usuários com dificuldade de mobilidade ou em tratamento na hora da locomoção, trazendo maior segurança, acessibilidade e conforto. No entanto, as equipes da região do Araguaia Xingu e Baixada Cuiabana se destacam por não possuir cadeiras de roda na maioria de suas equipes, sendo 84,21% e 81,82% respectivamente (Tabela 04).

Tabela 04 – Número de equipes por Regiões de Saúde com cadeira de rodas disponível para deslocamento do usuário. Mato Grosso, 2014.

Regiões de Saúde	Sim		Não	
	Nº	%	Nº	%
Teles Pires	63	90	7	10
Norte Araguaia Karajá	7	87,5	1	12,5
Médio Norte Mato-grossense	12	70,59	5	29,41
Médio Araguaia	10	55,56	8	44,44
Norte Matogrossense	6	54,55	5	45,45

Oeste Mato-grossense	11	50	11	50
Sul Mato-grossense	44	44,44	55	55,56
Noroeste Mato-grossense	11	44	14	56
Sudoeste Mato-grossense	11	42,31	15	57,69
Garças Araguaia	9	40,91	13	59,09
Alto Tapajós	8	40	12	60
Vale do Peixoto	8	40	12	60
Centro Norte	7	31,82	15	68,18
Vale dos Arinos	3	21,43	11	78,57
Baixada Cuiabana	14	18,18	63	81,82
Araguaia Xingu	3	15,79	16	84,21
<b>Mato Grosso</b>	<b>227</b>	<b>46,33</b>	<b>263</b>	<b>53,67</b>

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2014.

A disponibilidade de veículos para realização de atividades *in loco* foi afirmada por 40,2% (197) das ESF. Embora não seja uma obrigatoriedade estabelecida pela PNAB, esta tem como diretriz garantir acesso e qualidade da atenção a toda população. Porém, com base no território de abrangência das equipes, apenas 29,39% (144) afirmam que o veículo disponível atende as necessidades da equipe.

Os veículos destinados oportunizam resolutividade, independência, qualidade e acesso nos diversos atendimentos domiciliares como: consultas à usuários com dificuldades de deambulação, troca de sondas, curativos e demais procedimentos preconizados no escopo da Atenção Básica no domicílio. Os veículos, também, são usados para deslocamentos até escolas, empresas e entidades no sentido de realizar trabalhos preventivos.

A região Norte Araguaia Karajá é aquela que apresenta o maior percentual de disponibilidade de carro para as equipes com 87,5%, seguida das regiões Garças Araguaia e Oeste Matogrossense com 72,73%. O mesmo percentual de equipes, da região Araguaia Karajá (87,5%), afirmaram também que o carro disponível é suficiente para atender as necessidades das ESF. As regiões do Vale do Peixoto e Baixada Cuiabana foram as com menor disponibilidade de veículos 25% e 22,08% e também com os menores percentuais de necessidades de carro atendidas, 15% e 15,58% respectivamente (Tabela 05).

Tabela 05 – Número de equipes por Regiões de Saúde com disposição de veículo para realização de atividades externas e que atende as necessidades da equipe. Mato Grosso, 2014.

Regiões de Saúde	Dispõe de veículo		Atende as necessidades da ESF		Total ESF	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Norte Araguaia Karajá	7	87,5	7	87,5	8	100
Garças Araguaia	16	72,73	14	63,64	22	100
Oeste Mato-grossense	16	72,73	8	36,36	22	100
Noroeste Mato-grossense	17	68	11	44	25	100

Vale dos Arinos	9	64,29	7	50	14	100
Araguaia Xingu	9	47,37	6	31,58	19	100
Teles Pires	29	41,43	17	24,29	70	100
Alto Tapajós	8	40	7	35	20	100
Norte Matogrossense	4	36,36	4	36,36	11	100
Sul Mato-grossense	35	35,35	26	26,26	99	100
Sudoeste Mato-grossense	9	34,62	9	34,62	26	100
Médio Norte Mato-grossense	5	29,41	5	29,41	17	100
Médio Araguaia	5	27,78	4	22,22	18	100
Centro Norte	6	27,27	4	18,18	22	100
Vale do Peixoto	5	25	3	15	20	100
Baixada Cuiabana	17	22,08	12	15,58	77	100
<b>Mato Grosso</b>	<b>197</b>	<b>40,20</b>	<b>144</b>	<b>29,39</b>	<b>490</b>	<b>100</b>

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2014.

A sala de vacinação é considerada um ambiente essencial nas UBS, o espaço destinado à administração de vacinas e de medicação injetável são utilizados também, no nível local, para armazenagem e conservação dos imunobiológicos em 94,5% das ESF do estado.

A sala de vacinação é classificada como área semicrítica. Deve ser destinada exclusivamente à administração dos imunobiológicos, sendo importante que todos os procedimentos desenvolvidos promovam a máxima segurança, reduzindo o risco de contaminação para os indivíduos vacinados e também para a equipe de vacinação. Para tanto, é necessário cumprir as especificidades e condições em relação ao ambiente e às instalações, bem como de um protocolo de funcionamento a ser implantado e seguido criteriosamente.

Na região do Vale do Arinos e Norte Araguaia Karajá, a ausência da sala de vacina chegou a um percentual de 21,43% (3) e 12,5% (1) das ESF. A região do Alto Tapajós, Médio Araguaia, Médio Norte Mato-grossense e Norte Mato-grossense se destacaram por apresentar 100% de suas equipes com sala de vacinas (Tabela 06).

Tabela 06 – Número de equipes por Regiões de Saúde que possuem sala de vacina nas UBS. Mato Grosso, 2014.

Regiões de Saúde	Sim		Não	
	Nº	%	Nº	%
Alto Tapajós	20	100	0	0
Médio Araguaia	18	100	0	0
Médio Norte Mato-grossense	17	100	0	0
Norte Mato-grossense	11	100	0	0
Sul Mato-grossense	96	96,97	3	3,03
Noroeste Mato-grossense	24	96	1	4
Garças Araguaia	21	95,45	1	4,55
Oeste Mato-grossense	21	95,45	1	4,55
Baixada Cuiabana	73	94,81	4	5,19
Araguaia Xingu	18	94,74	1	5,26

Sudoeste Mato-grossense	24	92,31	2	7,69
Teles Pires	64	91,43	6	8,57
Centro Norte	20	90,91	2	9,09
Vale do Peixoto	18	90	2	10
Norte Araguaia Karajá	7	87,5	1	12,5
Vale dos Arinos	11	78,57	3	21,43
<b>Mato Grosso</b>	<b>463</b>	<b>94,49</b>	<b>27</b>	<b>5,51</b>

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2014.

A disponibilidade de computadores nas UBS amplia a capacidade e resolutividade das equipes de APS, minimamente, à medida que aproxima o registro dos dados de onde eles estão sendo produzidos o acesso às informações produzidas a partir destes (e-SUS ab); promove a educação a distância (através do Telessaúde); assim como favorece a comunicação entre os pontos de atenção da rede de saúde (via prontuário eletrônico).

Em Mato Grosso a presença de computadores em condições de uso foi observada em 100% das equipes da região do Médio Araguaia e Vale do Arinos, totalizando 82,24% (403) em todo estado. Já as regiões Centro Norte e Médio Norte Mato-grossense apresentaram um valor expressivo de unidades que não possuem. (Tabela 07).

Tabela 07 – Número de equipes por Regiões de Saúde com disposição de computadores em condições de uso e o quantitativo dos mesmos por UBS. Mato Grosso, 2014.

Regiões de Saúde	Não dispõe		Dispõe de 1 ou mais	
	Nº	%	Nº	%
Médio Araguaia	0	0	18	100
Vale dos Arinos	0	0	14	100
Teles Pires	2	2,86	68	97,14
Sudoeste Mato-grossense	1	3,85	25	96,15
Alto Tapajós	1	5	19	95
Vale do Peixoto	1	5	19	95
Norte Mato-grossense	1	9,09	10	90,91
Noroeste Mato-grossense	3	12	22	88
Norte Araguaia Karajá	1	12,5	7	87,5
Garças Araguaia	3	13,64	19	86,36
Araguaia Xingu	3	15,79	16	84,21
Oeste Mato-grossense	4	18,18	18	81,82
Sul Mato-grossense	27	27,27	72	72,73
Baixada Cuiabana	24	31,17	53	68,83
Centro Norte	8	36,36	14	63,64
Médio Norte Mato-grossense	8	47,06	9	52,94
<b>Mato Grosso</b>	<b>87</b>	<b>17,76</b>	<b>403</b>	<b>82,24</b>

FONTE: PMAQ/DAB/MS, 2014.

Tão importante quanto computadores nas equipes é o acesso à internet, padrão classificado como estratégico pelo PMAQ, pois possibilita a educação permanente dos profissionais e propicia um canal de diálogo rápido e fácil com outros profissionais e serviços, garantindo em tempo real o levantamento de informações, alimentação de

sistemas, notificações de agravos, alimentação de prontuários eletrônicos, apoio diagnóstico, teleconsultorias, telediagnósticos, telerregulação, entre outros serviços que implementam a Atenção Básica e propiciam as condições para que ela seja resolutive, ajudando na qualificação do cuidado, e, por conseguinte, melhorando as condições de saúde da população.

Os resultados do PMAQ mostraram que 297 (60,61%) equipes avaliadas possuem acesso à internet. As regiões Araguaia Xingú (78,95%) seguida das Regiões Vale do Peixoto (65%), Noroeste Mato-grossense (60%) e Garça Araguaia (59,09%) são aquelas que apresentaram os maiores percentuais de EAB sem acesso a internet, totalizando 40% no estado (Tabela 08).

É importante ressaltar que a conectividade à internet sustenta o sistema com Prontuário Eletrônico de Saúde (PEC) no SUS, melhorando o acompanhamento das ações de saúde por meio da integração automatizada aos sistemas de informação e as Redes de Atenção a Saúde (RAS).

Tabela 08 – Número de equipes por Regiões de Saúde que dispõe de internet nas UBS. Mato Grosso, 2014.

Regiões de Saúde	Sim		Não	
	Nº	%	Nº	%
Vale dos Arinos	13	92,86	1	7,14
Norte Mato-grossense	10	90,91	1	9,09
Teles Pires	62	88,57	8	11,43
Médio Araguaia	15	83,33	3	16,67
Sudoeste Mato-grossense	19	73,08	7	26,92
Oeste Mato-grossense	15	68,18	7	31,82
Norte Araguaia Karajá	5	62,5	3	37,5
Sul Mato-grossense	55	55,56	44	44,44
Alto Tapajós	11	55	9	45
Baixada Cuiabana	42	54,55	35	45,45
Médio Norte Mato-grossense	9	52,94	8	47,06
Centro Norte	11	50	11	50
Garças Araguaia	9	40,91	13	59,09
Noroeste Mato-grossense	10	40	15	60
Vale do Peixoto	7	35	13	65
Araguaia Xingu	4	21,05	15	78,95
<b>Mato Grosso</b>	<b>297</b>	<b>60,61</b>	<b>193</b>	<b>39,39</b>

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2014.

O aparelho de pressão foi encontrado praticamente em todas as unidades visitadas, com exceção às UBS da Baixada Cuiabana que não os dispunham em 5,2% de suas equipes. Ressalta-se que a verificação correta da pressão arterial, com técnica apurada e instrumentos calibrados, é essencial ao diagnóstico e tratamento precoce da hipertensão arterial, uma vez que esta compõe o grupo da terceira causa de óbitos em Mato Grosso (SIM/SES/MT), sendo necessário ampliar a disponibilidade desse equipamento em 100% das UBS.

Tabela 09 – Número de equipes por Regiões de Saúde com disposição de aparelho de pressão adulto. Mato Grosso, 2014.

Regiões de Saúde	Sim		Não	
	Nº	%	Nº	%
Alto Tapajós	20	100,00	0	0,00
Araguaia Xingu	19	100,00	0	0,00
Centro Norte	22	100,00	0	0,00
Garças Araguaia	22	100,00	0	0,00
Médio Araguaia	18	100,00	0	0,00
Médio Norte Mato-grossense	17	100,00	0	0,00
Noroeste Mato-grossense	25	100,00	0	0,00
Norte Araguaia Karajá	8	100,00	0	0,00
Norte Mato-grossense	11	100,00	0	0,00
Oeste Mato-grossense	22	100,00	0	0,00
Sudoeste Mato-grossense	26	100,00	0	0,00
Sul Mato-grossense	99	100,00	0	0,00
Teles Pires	70	100,00	0	0,00
Vale do Peixoto	20	100,00	0	0,00
Vale dos Arinos	14	100,00	0	0,00
Baixada Cuiabana	73	94,81	4	5,19
Mato Grosso	486	99,18	4	0,82

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2014.

Estudos mostram que os fatores de risco (histórico familiar, obesidade, sedentarismo, maior ingestão de sal e menor de potássio) aumentam a hipertensão arterial na infância. No entanto, o aparelho de aferição da pressão arterial infantil, considerado equipamento essencial pelo PMAQ, foi encontrado em apenas 65,31% das ESF do estado.

A região Norte Araguaia Karajá apresentou 87,5% das ESF com este equipamento, seguido da região do Vale do Arinos com 78,6% das ESF. A região Centro Norte e Garças Araguaia foram as regiões com menores percentuais de UBS com aparelhos de pressão infantil, sendo 41% e 45,5% respectivamente (Tabela 10).

Tabela 10 – Número de equipes por Regiões de Saúde com disposição de aparelho de pressão infantil. Mato Grosso, 2014.

Regiões de Saúde	Sim		Não	
	Nº	%	Nº	%
Norte Araguaia Karajá	7	87,50	1	12,50
Vale dos Arinos	11	78,57	3	21,43
Teles Pires	54	77,14	16	22,86
Norte Mato-grossense	8	72,73	3	27,27
Médio Araguaia	13	72,22	5	27,78
Sul Matogrossense	70	70,71	29	29,29
Médio Norte Mato-grossense	12	70,59	5	29,41
Baixada Cuiabana	50	64,94	27	35,06
Oeste Mato-grossense	14	63,64	8	36,36
Noroeste Mato-grossense	15	60,00	10	40,00
Vale do Peixoto	12	60,00	8	40,00
Sudoeste Mato-grossense	15	57,69	11	42,31
Araguaia Xingu	10	52,63	9	47,37

Alto Tapajós	10	50,00	10	50,00
Garças Araguaia	10	45,45	12	54,55
Centro Norte	9	40,91	13	59,09
Mato Grosso	320	65,31	170	34,69

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2014.

As doenças respiratórias são importantes causas de mortalidade infantil e visitas de crianças e idosos aos hospitais por conta da asma, bronquite e demais problemas nos pulmões agravado pelas condições climáticas e vulnerabilidade da população. A disponibilidade do nebulizador em UBS implica na resolutividade dos serviços de AB, sua falta favorece o aumento da demanda em prontos atendimentos e hospitais. Em Mato grosso o nebulizador foi encontrado em 87,5% das UBS do estado, sendo 100% das UBS das regiões do Norte Araguaia Karajás e Norte Mato-grossense e com menor frequência no Noroeste Mato-grossense (72%) e Vale do Peixoto (70%) (Tabela 11).

Tabela 11 – Número de equipes por Regiões de Saúde com disposição de aparelho de nebulização nas UBS. Mato Grosso, 2014.

Regiões de Saúde	Sim		Não	
	Nº	%	Nº	%
Norte Araguaia Karajá	8	100,00	0	0,00
Norte Mato-grossense	11	100,00	0	0,00
Sul Mato-grossense	95	95,96	4	4,04
Médio Araguaia	17	94,44	1	5,56
Centro Norte	20	90,91	2	9,09
Oeste Mato-grossense	20	90,91	2	9,09
Alto Tapajós	18	90,00	2	10,00
Araguaia Xingu	17	89,47	2	10,53
Teles Pires	62	88,57	8	11,43
Sudoeste Mato-grossense	22	84,62	4	15,38
Baixada Cuiabana	65	84,42	12	15,58
Médio Norte Mato-grossense	14	82,35	3	17,65
Vale dos Arinos	11	78,57	3	21,43
Garças Araguaia	17	77,27	5	22,73
Noroeste Mato-grossense	18	72,00	7	28,00
Vale do Peixoto	14	70,00	6	30,00
Mato Grosso	429	87,55	61	12,45

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2014.

A balança antropométrica de 200 kg é considerada equipamento estratégico pela avaliação externa do PMAQ e sua disponibilidade na equipe permite o alcance de padrões diferenciados de acesso e qualidade, e foi observada em pouco mais de 50% das ESF das regiões do Oeste Mato-grossense e Garças Araguaia (63,64% e 54,55%). Já na região Centro Norte Mato-grossense foi observada em 13,64% e nenhuma equipe da região Norte Mato-grossense dispunha desse equipamento.

Tabela 12 – Número de equipes por Regiões de Saúde com disposição de balança antropométrica de 200kg. Mato Grosso, 2014.

Regiões de Saúde	Sim		Não	
	Nº	%	Nº	%
Oeste Mato-grossense	14	63,64	8	36,36
Garças Araguaia	12	54,55	10	45,45
Norte Araguaia Karajá	4	50,00	4	50,00
Vale do Peixoto	9	45,00	11	55,00
Noroeste Mato-grossense	10	40,00	15	60,00
Médio Araguaia	7	38,89	11	61,11
Sul Mato-grossense	38	38,38	61	61,62
Araguaia Xingu	7	36,84	12	63,16
Baixada Cuiabana	28	36,36	49	63,64
Sudoeste Mato-grossense	9	34,62	17	65,38
Vale dos Arinos	4	28,57	10	71,43
Alto Tapajós	5	25,00	15	75,00
Médio Norte Mato-grossense	4	23,53	13	76,47
Teles Pires	15	21,43	55	78,57
Centro Norte	3	13,64	19	86,36
Norte Mato-grossense	0	0,00	11	100,00
<b>Mato Grosso</b>	<b>169</b>	<b>34,49</b>	<b>321</b>	<b>65,51</b>

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2014.

Em quatro regiões do estado (Médio Araguaia, Médio Norte Mato-grossense, Norte Mato-grossense e Vale do Peixoto) a balança infantil foi encontrada em 100% das ESF. Embora considerado equipamento de padrão essencial ao funcionamento das EAB, quase 10% das equipes do estado não dispõe de balança infantil, com especial destaque as UBS da região Sudoeste Mato-grossense que não as dispõe em 23% delas.

Tabela 13 – Número de equipes por Regiões de Saúde com disposição de balança infantil. Mato Grosso, 2014.

Regiões de Saúde	Sim		Não	
	Nº	%	Nº	%
Médio Araguaia	18	100,00	0	0,00
Médio Norte Mato-grossense	17	100,00	0	0,00
Norte Mato-grossense	11	100,00	0	0,00
Vale do Peixoto	20	100,00	0	0,00
Araguaia Xingu	18	94,74	1	5,26
Sul Mato-grossense	93	93,94	6	6,06
Vale dos Arinos	13	92,86	1	7,14
Baixada Cuiabana	71	92,21	6	7,79
Noroeste Mato-grossense	23	92,00	2	8,00
Teles Pires	63	90,00	7	10,00
Norte Araguaia Karajá	7	87,50	1	12,50
Alto Tapajós	17	85,00	3	15,00
Centro Norte	18	81,82	4	18,18
Garças Araguaia	17	77,27	5	22,73
Oeste Mato-grossense	17	77,27	5	22,73
Sudoeste Mato-grossense	20	76,92	6	23,08
<b>Mato Grosso</b>	<b>443</b>	<b>90,41</b>	<b>47</b>	<b>9,59</b>

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2014.

A régua antropométrica usada para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, também é considerada equipamento de padrão essencial ao

funcionamento das EAB, foi encontrada em 100% das equipes de apenas quatro regiões (Norte Araguaia Karajá, Norte Mato-grossense, Oeste Mato-grossense e Teles Pires). As regiões Sudoeste Mato-grossense e Vale do Peixoto apresentaram o menor percentual de equipes com disponibilidade de régua antropométricas, 84,62% e 70% respectivamente.

Tabela 14 – Número de equipes por Regiões de Saúde com disposição de régua antropométrica. Mato Grosso, 2014.

Regiões de Saúde	Sim		Não	
	Nº	%	Nº	%
Norte Araguaia Karajá	8	100,00	0	0,00
Norte Mato-grossense	11	100,00	0	0,00
Oeste Mato-grossense	22	100,00	0	0,00
Teles Pires	70	100,00	0	0,00
Sul Mato-grossense	94	94,95	5	5,05
Médio Araguaia	17	94,44	1	5,56
Médio Norte Mato-grossense	16	94,12	1	5,88
Vale dos Arinos	13	92,86	1	7,14
Baixada Cuiabana	71	92,21	6	7,79
Araguaia Xingu	17	89,47	2	10,53
Noroeste Mato-grossense	22	88,00	3	12,00
Centro Norte	19	86,36	3	13,64
Garças Araguaia	19	86,36	3	13,64
Alto Tapajós	17	85,00	3	15,00
Sudoeste Mato-grossense	22	84,62	4	15,38
Vale do Peixoto	14	70,00	6	30,00
<b>Mato Grosso</b>	<b>452</b>	<b>92,24</b>	<b>38</b>	<b>7,76</b>

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2014.

Quanto à presença de estetoscópio nas equipes, este foi encontrado em 98,98% (485) das equipes, sendo que 5 equipes das regiões Sul Mato-grossense, Baixada Cuiabana e Norte Mato-grossense não dispunham desse equipamento.

Tabela 15 – Número de equipes por Regiões de Saúde com disposição de estetoscópio adulto. Mato Grosso, 2014.

Regiões de Saúde	Sim		Não	
	Nº	%	Nº	%
Alto Tapajós	20	100,00	0	0,00
Araguaia Xingu	19	100,00	0	0,00
Centro Norte	22	100,00	0	0,00
Garças Araguaia	22	100,00	0	0,00
Médio Araguaia	18	100,00	0	0,00
Médio Norte Mato-grossense	17	100,00	0	0,00
Noroeste Mato-grossense	25	100,00	0	0,00
Norte Araguaia Karajá	8	100,00	0	0,00
Oeste Mato-grossense	22	100,00	0	0,00
Sudoeste Mato-grossense	26	100,00	0	0,00
Teles Pires	70	100,00	0	0,00
Vale do Peixoto	20	100,00	0	0,00
Vale dos Arinos	14	100,00	0	0,00
Sul Mato-grossense	97	97,98	2	2,02
Baixada Cuiabana	75	97,40	2	2,60

Norte Mato-grossense	10	90,91	1	9,09
Mato Grosso	485	98,98	5	1,02

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2014.

Embora considerado pelo MS como equipamento essencial ao desenvolvimento de ações de APS, o estetoscópio infantil é bem menos comum que o estetoscópio adulto nas ESF do estado que totalizam 53%. Foi encontrado com maior frequência nas equipes das regiões do Teles Pires com 62,86%, Baixada Cuiabana com 62,3%, Alto Tapajós com 30% e em menor percentual na região do Vale do Peixoto com 25%.

Tabela 16 – Número de equipes por Regiões de Saúde com disposição de estetoscópio infantil. Mato Grosso, 2014.

Regiões de Saúde	Sim		Não	
	Nº	%	Nº	%
Teles Pires	44	62,86	26	37,14
Baixada Cuiabana	48	62,34	29	37,66
Médio Norte Mato-grossense	10	58,82	7	41,18
Sul Mato-grossense	57	57,58	42	42,42
Vale dos Arinos	8	57,14	6	42,86
Norte Mato-grossense	6	54,55	5	45,45
Araguaia Xingu	10	52,63	9	47,37
Noroeste Mato-grossense	13	52,00	12	48,00
Garças Araguaia	11	50,00	11	50,00
Norte Araguaia Karajá	4	50,00	4	50,00
Oeste Mato-grossense	11	50,00	11	50,00
Sudoeste Matogrossense	12	46,15	14	53,85
Médio Araguaia	8	44,44	10	55,56
Centro Norte	7	31,82	15	68,18
Alto Tapajós	6	30,00	14	70,00
Vale do Peixoto	5	25,00	15	75,00
Mato Grosso	260	53,06	230	46,94

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2014.

O foco de luz para exame ginecológico foi observado em 96,94% das equipes de AB de Mato Grosso. Em 8 regiões de saúde, o equipamento foi observado presente em 100% das equipes. A região Sudoeste Mato-grossense é a que se apresentou com o menor percentual de equipes que dispunham desse equipamento, sendo 88,5%.

Tabela 17 – Número de equipes por Regiões de Saúde com disposição de foco de luz para exame ginecológico. Mato Grosso, 2014.

Regiões de Saúde	Sim		Não	
	Nº	%	Nº	%
Araguaia Xingu	19	100,00	0	0,00
Médio Araguaia	18	100,00	0	0,00
Médio Norte Mato-grossense	17	100,00	0	0,00
Noroeste Mato-grossense	25	100,00	0	0,00
Norte Araguaia Karajá	8	100,00	0	0,00
Norte Mato-grossense	11	100,00	0	0,00
Teles Pires	70	100,00	0	0,00
Vale dos Arinos	14	100,00	0	0,00
Sul Mato-grossense	97	97,98	2	2,02

Baixada Cuiabana	74	96,10	3	3,90
Centro Norte	21	95,45	1	4,55
Oeste Mato-grossense	21	95,45	1	4,55
Alto Tapajós	19	95,00	1	5,00
Garças Araguaia	20	90,91	2	9,09
Vale do Peixoto	18	90,00	2	10,00
Sudoeste Mato-grossense	23	88,46	3	11,54
<b>Mato Grosso</b>	<b>475</b>	<b>96,94</b>	<b>15</b>	<b>3,06</b>

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2014.

A mesa ginecológica com perneira é considerado equipamento essencial nos serviços básicos e foi encontrado em 98% das unidades do estado. A região Sul Mato-grossense que dispõe do maior número de ESF (99) possui mesa Ginecológica em 100% das equipes, no entanto o gráfico acima mostra que nem todas essas equipes dispunham do foco de luz (97,9%), comprometendo em alguma medida a realização do exame.

Tabela 18 – Número de equipes por Regiões de Saúde com disposição de mesa para exame ginecológico com perneira. Mato Grosso, 2014

Regiões de Saúde	Sim		Não	
	Nº	%	Nº	%
Alto Tapajós	20	100,00	0	0,00
Médio Araguaia	18	100,00	0	0,00
Médio Norte Mato-grossense	17	100,00	0	0,00
Noroeste Mato-grossense	25	100,00	0	0,00
Norte Araguaia Karajá	8	100,00	0	0,00
Norte Mato-grossense	11	100,00	0	0,00
Sudoeste Mato-grossense	26	100,00	0	0,00
Sul Mato-grossense	99	100,00	0	0,00
Vale dos Arinos	14	100,00	0	0,00
Teles Pires	69	98,57	1	1,43
Baixada Cuiabana	75	97,40	2	2,60
Centro Norte	21	95,45	1	4,55
Garças Araguaia	21	95,45	1	4,55
Oeste Mato-grossense	21	95,45	1	4,55
Vale do Peixoto	19	95,00	1	5,00
Araguaia Xingu	18	94,74	1	5,26
<b>Mato Grosso</b>	<b>482</b>	<b>98,37</b>	<b>8</b>	<b>1,63</b>

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2014.

As regiões do Médio Araguaia, Médio Norte Matogrossense e Norte Matogrossense se destacaram por apresentar geladeira exclusiva de vacinas em 100% de suas equipes. As regiões do Centro Norte com 77,4 e Vale do Arinos com 71,4% foram as que mais corroboraram para o percentual de unidades do estado sem geladeira exclusiva de vacinas (8,8%).

Tabela 19 – Número de equipes por Regiões de Saúde com disposição de geladeira exclusiva para vacina. Mato Grosso, 2014.

Regiões de Saúde	Sim		Não	
	Nº	%	Nº	%
Médio Araguaia	18	100,00	0	0,00
Médio Norte Matogrossense	17	100,00	0	0,00
Norte Matogrossense	11	100,00	0	0,00
Garças Araguaia	21	95,45	1	4,55
Oeste Matogrossense	21	95,45	1	4,55
Sul Matogrossense	94	94,95	5	5,05
Araguaia Xingu	18	94,74	1	5,26
Noroeste Matogrossense	23	92,00	2	8,00
Alto Tapajós	18	90,00	2	10,00
Vale do Peixoto	18	90,00	2	10,00
Baixada Cuiabana	69	89,61	8	10,39
Teles Pires	62	88,57	8	11,43
Sudoeste Matogrossense	23	88,46	3	11,54
Norte Araguaia Karajá	7	87,50	1	12,50
Centro Norte	17	77,27	5	22,73
Vale dos Arinos	10	71,43	4	28,57
<b>Mato Grosso</b>	<b>447</b>	<b>91,22</b>	<b>43</b>	<b>8,78</b>

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2014.

O oftalmoscópio não é um equipamento muito comum nas UBS, por isso é considerado um instrumento estratégico pelo PMAQ e devido sua relevância dentro da dimensão garante alta pontuação na avaliação. Foram encontrados em menos da metade (41,8%) das equipes de SF do estado o oftalmoscópio nas regiões: Norte Araguaia Karajá com 62,5%, Centro Norte com 54,55% e Médio Norte Matogrossense com 52,54%. A região do Norte Matogrossense é a que apresenta o menor percentual de equipes com oftalmoscópio, 41,84% de suas equipes.

Tabela 20 – Número de equipes por Regiões de Saúde com disposição de oftalmoscópio. Mato Grosso, 2014.

Regiões de Saúde	Sim		Não	
	Nº	%	Nº	%
Norte Araguaia Karajá	5	62,50	3	37,50
Centro Norte	12	54,55	10	45,45
Médio Norte Matogrossense	9	52,94	8	47,06
Araguaia Xingu	10	52,63	9	47,37
Oeste Matogrossense	11	50,00	11	50,00
Sul Matogrossense	46	46,46	53	53,54
Médio Araguaia	8	44,44	10	55,56
Teles Pires	31	44,29	39	55,71
Vale dos Arinos	6	42,86	8	57,14
Baixada Cuiabana	29	37,66	48	62,34
Garças Araguaia	8	36,36	14	63,64
Alto Tapajós	7	35,00	13	65,00
Vale do Peixoto	7	35,00	13	65,00
Noroeste Matogrossense	8	32,00	17	68,00
Sudoeste Matogrossense	6	23,08	20	76,92
Norte Matogrossense	2	18,18	9	81,82

Mato Grosso	205	41,84	285	58,16
-------------	-----	-------	-----	-------

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2014.

A disponibilidade de sonar no estado foi observada em 97,14%. Destacam-se as Regiões de Saúde Alto Tapajós, Médio Norte, Norte Araguaia Karajá, Norte Matogrossense, Oeste Matogrossense, Teles Pires e Vale do Peixoto que alcançaram os melhores percentuais (100%). Destacam-se as regiões de saúde que apresentaram significativos percentuais de respostas para a não disponibilidade de sonar, tais como: Vale do Arinos (7,1%) e Centro Norte (9,0%), embora sejam equipamentos considerados essenciais pelo PMAQ.

Tabela 21 – Número de equipes por Regiões de Saúde com disposição de sonar Doppler. Mato Grosso, 2014.

Regiões de Saúde	Sim		Não	
	Nº	%	Nº	%
Alto Tapajós	20	100,00	0	0,00
Médio Norte Matogrossense	17	100,00	0	0,00
Norte Araguaia Karajá	8	100,00	0	0,00
Norte Matogrossense	11	100,00	0	0,00
Oeste Matogrossense	22	100,00	0	0,00
Teles Pires	70	100,00	0	0,00
Vale do Peixoto	20	100,00	0	0,00
Baixada Cuiabana	75	97,40	2	2,60
Sul Matogrossense	96	96,97	3	3,03
Noroeste Matogrossense	24	96,00	1	4,00
Garças Araguaia	21	95,45	1	4,55
Araguaia Xingu	18	94,74	1	5,26
Médio Araguaia	17	94,44	1	5,56
Vale dos Arinos	13	92,86	1	7,14
Sudoeste Matogrossense	24	92,31	2	7,69
Centro Norte	20	90,91	2	9,09
Mato Grosso	476	97,14	14	2,86

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2014.

A Tabela 22 apresenta um percentual aceitável para todas as Regiões de Saúde do Estado para a disponibilidade de Termômetro Clínico, contudo destaca-se a região de saúde do Teles Pires com o maior percentual (10%) de respostas para a não disponibilidade de termômetro clínico.

Tabela 22 – Número de equipes por Regiões de Saúde com disposição de termômetro clínico. Mato Grosso, 2014.

Regiões de Saúde	Sim		Não	
	Nº	%	Nº	%
Alto Tapajós	20	100,00	0	0,00
Araguaia Xingu	19	100,00	0	0,00
Garças Araguaia	22	100,00	0	0,00

Médio Norte Matogrossense	17	100,00	0	0,00
Noroeste Matogrossense	25	100,00	0	0,00
Norte Araguaia Karajá	8	100,00	0	0,00
Norte Matogrossense	11	100,00	0	0,00
Oeste Matogrossense	22	100,00	0	0,00
Sudoeste Matogrossense	26	100,00	0	0,00
Vale do Peixoto	20	100,00	0	0,00
Vale dos Arinos	14	100,00	0	0,00
Sul Matogrossense	98	98,99	1	1,01
Centro Norte	21	95,45	1	4,55
Médio Araguaia	17	94,44	1	5,56
Baixada Cuiabana	72	93,51	5	6,49
Teles Pires	63	90,00	7	10,00
<b>Mato Grosso</b>	<b>475</b>	<b>96,94</b>	<b>15</b>	<b>3,06</b>

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2014.

A Tabela 23 apresenta a disponibilidade de otoscópio nas unidades básicas de saúde no estado (87,14%). Destacam-se as Regiões de Saúde: Médio Araguaia, Norte Araguaia Karajá e Norte Matogrossense que alcançaram percentuais satisfatórios de 100%. Embora considerado equipamento essencial básico as regiões de saúde que apresentaram significativos percentuais de respostas para a não disponibilidade de otoscópio, são: Baixada Cuiabana e Garças Araguaia (27,2%), Vale do Peixoto (25,0%) e Noroeste Matogrossense (24,0%).

Tabela 23 – Número de equipes por Regiões de Saúde com disposição de otoscópio. Mato Grosso, 2014.

Regiões de Saúde	Sim		Não	
	Nº	%	Nº	%
Araguaia Xingu	19	100,00	0	0,00
Médio Araguaia	18	100,00	0	0,00
Norte Araguaia Karajá	8	100,00	0	0,00
Norte Matogrossense	11	100,00	0	0,00
Oeste Matogrossense	21	95,45	1	4,55
Médio Norte Matogrossense	16	94,12	1	5,88
Sul Matogrossense	93	93,94	6	6,06
Vale dos Arinos	13	92,86	1	7,14
Sudoeste Matogrossense	24	92,31	2	7,69
Alto Tapajós	18	90,00	2	10,00
Teles Pires	62	88,57	8	11,43
Centro Norte	18	81,82	4	18,18
Noroeste Matogrossense	19	76,00	6	24,00
Vale do Peixoto	15	75,00	5	25,00
Baixada Cuiabana	56	72,73	21	27,27
Garças Araguaia	16	72,73	6	27,27
<b>Mato Grosso</b>	<b>427</b>	<b>87,14</b>	<b>63</b>	<b>12,86</b>

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2014.

Em relação às características estruturais da UBS, como também a disponibilidade de materiais e insumos para as equipes de SB (BRASIL, 2013), esta avaliação externa trouxe as seguintes considerações.

Nas características de funcionamento das ESBs pode-se dizer em relação aos períodos diários trabalhados, que a grande maioria trabalha nos turnos matutino e vespertino. Foi observado que 99,7% das equipes atendem no período matutino, 98,7% no período vespertino e 0,7% no período noturno.

Tal posicionamento é viável, porém nada impede que as equipes de saúde bucal possam trabalhar em período noturno dependendo somente de acordos entre os profissionais e gestores locais. A assistência em período noturno é um posicionamento estratégico e aumenta a acessibilidade aos serviços odontológicos por parte daqueles usuários locais que demandam necessidades de atendimentos fora dos horários comerciais.

Um grande viés quando é observado quando interpõe o fechamento das equipes de saúde bucal com os dados acima apresentados. Nota-se que na maioria dos fechamentos das equipes ocorrem no horário das 17:00 ou mais (55,8%), porém algumas equipes relatam o fechamento das unidades no horário das 12:00min h (1,7%), das 13:00 h (37,5%) e das 14:00min h (2%) denotando o não cumprimento de 08 horas-diárias por parte profissionais das equipes, tendo em vista que a grande maioria (96%) citou o horário das 07:00 horas com hora de abertura dos trabalhos das equipes.

As regiões de Vale do Peixoto e Médio Norte Matogrossense são as regiões com maior número de equipes avaliadas que fecham suas unidades antes das 14:00 h.

Em relação aos dias trabalhados nas equipes avaliadas nota-se que 99,3% trabalham nas segundas-feiras (exceção de uma ESB na região de Saúde Vale do Arinos e uma na região Sul Matogrossense), 99,0% nas terças-feiras (exceção de uma na região Sul Matogrossense e duas na região do Teles Pires), 97,7% nas quartas feiras (exceção de uma equipe na região Centro Norte, uma na região Noroeste Matogrossense, uma na região Norte Araguaia Karajá, duas na Sul Matogrossense, uma na região Teles Pires e uma na região Vale do Arinos), 99,3% nas quintas-feiras (exceção de uma equipe na região Garças Araguaia e uma na região Sul Matogrossense) e 97% nas sextas-feiras (exceção de duas equipes na região Centro Norte, uma na região Garças Araguaia, 3 na região Sul Matogrossense, 3 na região Teles Pires). Nenhuma equipe avaliada trabalha nos dias da semana de sábados e domingos.

Nota-se que as exceções citadas acima são compostas de profissionais que não cumprem as quarenta horas semanais preconizadas para o modelo de atenção Saúde da Família. Essa informação é confirmada quando vemos que o número de equipes parametrizadas (3) é menor que as exceções citadas.

As ocorrências citadas acima diminuem as possibilidades de acesso dos usuários aos serviços odontológicos das equipes avaliadas, além de não possibilitar a resolutividade aos problemas locais em saúde bucal. Equipes credenciadas pelo modelo de atenção em Saúde da Família devem compor a carga horária de 40 horas/semanais segundo as portarias estaduais e federais que regulamentam seus exercícios.

Em relação à estrutura física e às condições de ambiência, os dados da PMAQ-AB/Saúde Bucal trazem as seguintes considerações abaixo.

As localizações dos consultórios das equipes de saúde bucal avaliadas, em sua grande maioria (96,3%), estão nos mesmos espaços físicos da equipe de Saúde da Família conforme Tabela 24 abaixo.

Tabela 24 - Consultórios odontológicos das Equipes de Saúde Bucal localizado na mesma Unidade de Saúde da Equipe de Atenção Básica por Regiões de Saúde. Mato Grosso, 2014.

Regiões de Saúde	Sim		Não	
	Nº	%	Nº	%
Alto Tapajós	14	100,0%	0	0,0%
Baixada Cuiabana	11	100,0%	0	0,0%
Araguaia Xingu	9	75,0%	3	25,0%
Centro Norte	18	100,0%	0	0,0%
Garças Araguaia	19	95,0%	1	5,0%
Médio Araguaia	15	100,0%	0	0,0%
Médio Norte Mato-grossense	13	100,0%	0	0,0%
Noroeste Mato-grossense	10	100,0%	0	0,0%
Norte Araguaia Karajá	7	100,0%	0	0,0%
Norte Matogrossense	9	100,0%	0	0,0%
Oeste Mato-grossense	11	100,0%	0	0,0%
Sudoeste Mato-grossense	13	100,0%	0	0,0%
Sul Mato-grossense	62	92,5%	5	7,5%
Teles Pires	59	100,0%	0	0,0%
Vale dos Arinos	9	81,8%	2	18,2%
<b>Mato Grosso</b>	<b>290</b>	<b>96,3%</b>	<b>11</b>	<b>3,7%</b>

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2014.

A integração da equipe de saúde bucal com o restante da equipe de Saúde da Família vem sendo grandes gargalos na execução de ações em saúde bucal com vistas à integralidade do cuidado.

A existência de um espaço físico único para as equipes de saúde bucal junto ao restante da equipe de Saúde da Família pode facilitar estes processos de criação de vínculos entre os profissionais em seus espaços internos e junto aos usuários, embora não foram encontrados trabalhos científicos que corroborem com esta prerrogativa.

Aos aspectos de ambiência relacionados aos consultórios das equipes de saúde bucal mostram algumas informações que são necessárias correções imediatas para que estas equipes possam ter uma melhor qualidade de serviços prestados à população. É

notório que um espaço físico com condições ideais de ambiência, os melhores rendimentos destas equipes tornam-se aparentes denotando bons níveis de produtividade e eficiência, aspectos importantes no controle da qualidade dos serviços.

O processo de integração entre profissionais no modelo de atenção Saúde da Família é de grande importância no acesso pelos usuários às ações e serviços básicos de saúde, sendo que quando estão envolvidos em processos terapêuticos singulares, onde os mesmos são realizados por uma equipe multiprofissional.

Outro dispositivo como forma de integração das equipes e, por conseguinte a integração de ações clínicas voltadas a um prontuário clínico único, informatizado ou não. Dessa forma, todos os serviços prestados pela equipe de Saúde da Família a um paciente e, não somente os odontológicos estarão concentrados em um único local, possibilitando a todos os profissionais desta equipe um acompanhamento mais singular e seguro nas condições de saúde do mesmo.

Em relação à disponibilidade do prontuário clínico, as equipes avaliadas apresentaram um percentual de 88,7% como sempre presente e em 8,0% delas este dispositivo nunca está disponível. As regiões que apresentaram todas as equipes com disponibilidade do prontuário sempre presente foram as de Alto Tapajós, Baixada Cuiabana, Norte Araguaia e Oeste Matogrossense.

A Tabela 25 abaixo mostra aspectos de ambiência nos consultórios odontológicos das ESBs nas regiões do estado de Mato Grosso relacionados nesta avaliação.

Tabela 25 – Aspectos de ambiência avaliados nos consultórios das ESBs por Regiões de Saúde. Mato Grosso, 2014.

Regiões de Saúde	Ventilação / Climatização Adequada	Iluminação Adequada	Pisos e paredes adequados	Proteção acústica	Privacidade ac usuário
	%	%	%	%	%
Alto Tapajós	100,0	100,0	92,9	71,4	100,0
Baixada Cuiabana	100,0	72,7	63,6	72,7	90,9
Araguaia Xingu	83,3	75,0	83,3	75,0	91,7
Centro Norte	88,9	94,4	72,2	83,3	94,4
Garças Araguaia	95,0	95,0	80,0	80,0	80,0
Médio Araguaia	86,7	86,7	66,7	53,3	46,7
Médio Norte Mato-grossense	84,6	100,0	69,2	61,5	100,0
Noroeste Mato-grossense	90,0	80,0	60,0	80,0	100,0
Norte Araguaia Karajá	71,4	85,7	85,7	71,4	100,0
Norte Matogrossense	100,0	100,0	77,8	66,7	100,0
Oeste Mato-grossense	81,8	90,9	90,9	45,5	100,0
Sudoeste Mato-grossense	100,0	76,9	69,2	69,2	92,3
Sul Mato-grossense	88,1	85,1	73,1	62,7	91,0
Teles Pires	91,5	91,5	74,6	69,5	91,5
Vale do Peixoto	72,7	90,9	54,5	45,5	100,0

Vale dos Arinos	90,9	90,9	63,6	100,0	100,0
Mato Grosso	89,7	88,7	73,8	68,4%	91,0

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2014.

A ventilação/climatização adequada nos consultórios das ESBs é fator importante as condições de temperatura agradável, bem como permita um fluxo de ventilação adequado para realização de sua atividade laboral.

As regiões Alto Tapajós, Baixada Cuiabana, Norte Matogrossense e Sudoeste Matogrossense foram as regiões que apresentaram em 100% de suas equipes trabalhando em condições ideais de climatização/ventilação conforme a Tabela 25 acima.

A acuidade visual dos profissionais de saúde bucal deve estar sempre em condição favorável para que estes notem a qualidade da ação clínica prestada, principalmente nas de cunho curativo. Deste modo, as condições de iluminação natural e artificial de um consultório devem ser as ideais para que colaborem na observação desta última.

As regiões Alto Tapajós, Médio Norte Matogrossense e Norte Matogrossense foram as regiões que apresentaram 100% de suas equipes trabalhando em condições ideais de iluminação natural e artificial conforme a Tabela 25 acima.

As regiões que não mostraram parte de suas equipes com condições de climatização/ventilação e iluminação adequadas sejam tomadas decisões pertinentes às gestões locais que viabilizem a correção destas situações.

A condição de pisos e paredes é importante fator de biossegurança dentro de um consultório odontológico. A lisura superficial e a possibilidade de limpeza sem desgaste são características necessárias para pisos e paredes de qualquer estabelecimento de saúde.

Em relação a esta condição, as regiões de Alto Tapajós (92,2%) e Oeste Matogrossense (90,9%) são as que apresentaram melhores percentuais neste contexto. Porém nota-se, de um modo geral, que uma porcentagem expressiva (26,2%) dos consultórios avaliados necessita de correção desta situação, principalmente em se tratando de uma condição essencial de biossegurança (Tabela 25).

A Região Vale Arinos é a única Região que, dentro os aspectos de privacidade ao usuário e proteção acústica, aparecem com 100% dos consultórios avaliados em conformidade. Salienta-se que a privacidade ao usuário é um aspecto de relevante importância para a aplicação de uma escuta qualificada e formação do vínculo equipe-usuário, dispositivos essenciais numa política de atenção qualificada e humanizada. A proteção acústica é também um fator de biossegurança ao trabalhador de saúde bucal, principalmente em função dos riscos físicos que estão submetidos em função dos ruídos do

compressor, caneta de alta rotação e outros aparelhos utilizados nas ações clínicas em saúde bucal.

Todos os aspectos analisados na Tabela 25 e outros avaliados na PMAQ-SB podem ser observados pelas gestões locais a partir da Norma Regulamentadora (NR) 32 - dispõe sobre as condições de saúde e segurança do trabalhador nos estabelecimentos de saúde – ou o Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde (Brasil, 2008) como forma de gerar condições propícias ESBs em seus processos de trabalhos quando ocorrem dentro dos consultórios odontológicos, melhorando deste modo a qualidade das ações e serviços prestados população local.

Quanto à avaliação dos equipamentos nas ESBs, as Tabelas 26, 27, 28 e 29 abaixo trazem os dados e este serão discutido a seguir.

Tabela 26 - Percentuais de existência e condição de uso de equipamentos odontológicos centrais por Regiões de Saúde. Mato Grosso, 2014.

Regiões de Saúde	Cadeira Odontológica		Caneta de alta rotação		Caneta Baixa rotação		Compressor com válvula de segurança	
	SIM	Condição de uso	SIM	Condição de uso	SIM	Condição de uso	SIM	Condição de uso
Alto Tapajós	100,0	100,0	100,0	71,4	100,0	71,4	100,0	100,0
Baixada Cuiabana	100,0	72,7	100,0	27,3	100,0	72,7	100,0	90,9
Araguaia Xingu	100,0	100,0	91,7	63,6	91,7	72,7	100,0	91,7
Centro Norte	100,0	94,4	100,0	66,7	100,0	77,8	100,0	94,4
Garças Araguaia	100,0	100,0	100,0	80,0	90,0	94,4	100,0	95,0
Médio Araguaia	100,0	100,0	100,0	73,3	100,0	80,0	100,0	100,0
Médio Norte Mato-grossense	100,0	92,3	100,0	15,4	100,0	84,6	100,0	100,0
Noroeste Mato-grossense	100,0	100,0	100,0	50,0	100,0	90,0	100,0	100,0
Norte Araguaia Karajá	100,0	71,4	100,0	14,3	100,0	42,9	100,0	85,7
Norte Matogrossense	100,0	88,9	100,0	55,6	88,9	62,5	100,0	100,0
Oeste Mato-grossense	100,0	72,7	100,0	63,6	100,0	72,7	81,8	77,8
Sudoeste Mato-grossense	100,0	46,2	100,0	46,2	100,0	53,8	100,0	92,3
Sul Mato-grossense	98,5	72,7	100,0	79,1	95,5	81,3	100,0	94,0
Teles Pires	100,0	91,5	100,0	71,2	98,3	82,8	96,6	100,0
Vale do Peixoto	100,0	81,8	100,0	72,7	100,0	72,7	100,0	100,0
Vale dos Arinos	100,0	81,8	100,0	63,6	100,0	90,9	100,0	90,9
Mato Grosso	99,7	85,0	99,7	65,0	97,3	78,5	98,7	95,6

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2014.

A Tabela 26 acima traz os percentuais das equipes por Regiões que possuem cadeiras e destas quantas estão em uso perfeito de uso. Sendo assim nota-se que a grande maioria das equipes de saúde bucal avaliadas possuem cadeiras odontológicas, com exceção da região Sul Matogrossense que apresentou uma ESB sem a mesma (1,5%). Estas cadeiras apresentaram-se em condições satisfatórias de uso na maioria das regiões, sendo que os percentuais menores foram encontrados nas regiões do Sudoeste Matogrossense (46,2%), Norte Araguaia Karajá (71,4%), Sul Matogrossense (72,7%), Oeste Matogrossense (72,7%) e Baixada Cuiabana (72,7%).

Em relação às cadeiras foram analisadas também sobre suas condições e funções associadas. Notou-se que o estofamento de algumas não estão em perfeito estado, necessitando de reparos e/ou trocas. Estas situações foram observadas em uma ESB da região do Araguaia Xingu (8,3%), uma ESB na região Médio Norte Matogrossense (7,7%), duas ESBs na região Oeste Matogrossense (18,2%), uma ESB na região Sul Matogrossense (1,5%) e duas ESBs na região Teles Pires (3,4%).

Os movimentos mecânicos realizados pelas cadeiras odontológicas também foram avaliados, sendo que 81,7% destas apresentaram-se em perfeito funcionamento, outros 13,4% em condições mediana a ruim de funcionamento e 5% sem funcionamento nenhum. Estes últimos foram contabilizados nas Regiões de Saúde de Alto Tapajós (1), Araguaia Xingu (2), Centro Norte (1), Médio Araguaia (1), Médio Norte Mato-grossense (2), Norte Araguaia Karajá (1), Oeste Mato-grossense (1), Sul Mato-grossense (3), Teles Pires (2) e Vale dos Arinos (1) totalizando 15 equipes com cadeiras que não oferecem condições de ergonomia aos profissionais e pacientes.

Nas cuspideiras e refletores associados às cadeiras odontológicas nota-se que todos estão em perfeito estado de conservação e uso. Outro item importante na ergonomia do consultório, o mocho odontológico aparece em quantidade suficiente nas equipes avaliadas, com exceção de uma ESB na região de Garças Araguaia (0,3% do total). Porém, a qualidade dos mesmos é questionada quando nota-se que somente 25% destes aparecem em condições satisfatórias de uso e conservação, apresentando assim em algumas equipes avaliadas de todas as regiões.

As canetas de alta e baixa rotação que compõem os equipos odontológicos estão presentes em todos que foram avaliados, com percentuais totais de 99,7% e 97,3%, respectivamente. Caneta de alta rotação está somente ausente em uma equipe da Região Araguaia Xingu (0,3%), porém quando se observa as condições de uso e conservação das mesmas nas equipes avaliadas nota-se que em todas as regiões de saúde existem equipos odontológicos necessitando de reposição/manutenção, pois destas somente 65% do total se apresentam satisfatórias para uso na ação clínica.

As condições das canetas de baixa rotação se fazem diferentes quando das suas ausências nos equipos odontológicos, estas se manifestam nas regiões de Araguaia Xingu (1), Garças Araguaia (2), Norte Matogrossense (1), Sul Matogrossense (3) e Teles Pires (1), perfazendo assim um percentual maior em relação as primeiras com um total de 2,7% de equipes sem esta peça de mão. Em relação ao uso e manutenção dessas, a situação é semelhante a da caneta de alta rotação, porém com um percentual maior de 78,5% do total aptas para o uso clínico.

O compressor odontológico é um importante equipamento para o funcionamento do equipo odontológico, sendo que a presença da válvula de segurança neste é um importante dispositivo contra sobrecargas de pressão e futuros danos a este e aos equipamentos que utilizam do ar comprimido gerado. Nota-se que em quase todos equipos odontológicos avaliados existem a presença de compressores com válvula de segurança (98,7%), com 95,6% do total dos mesmos em condição de uso.

O amalgamador é um equipamento que obrigatoriamente deve existir em todos os consultórios odontológicos que realizam tratamento restaurador. O amálgama ainda é, na relação custo-efetividade em saúde pública, o melhor tratamento curativo-restaurador para dentes posteriores. Para isso, faz-se necessário além da existência do referido equipamento que suas condições de uso e manutenção estejam satisfatórias.

Em relação à primeira, 95% das ESBs avaliadas apresentaram a existência deste em seus consultórios, sendo a Região de Garças Araguaia apresentando o menor índice de existência do aparelho em suas equipes (25%). Em relação às condições de uso, todos os existentes (100%) apresentaram condições satisfatórias.

Tabela 27 - Percentuais de existência e condição de uso de equipamentos odontológicos periféricos por Regiões de Saúde. Mato Grosso, 2014.

Regiões de Saúde	Amalgamador		Fotopolimerizador		Jato de bicarbonato		Ultrassom Odontológico	
	SIM	Condição de uso	SIM	Condição de uso	SIM	Condição de uso	SIM	Condição de uso
Alto Tapajós	92,9	100,0	100,0	92,9	50,0	85,7	57,1	87,5
Baixada Cuiabana	100,0	100,0	100,0	100,0	81,8	88,9	72,7	87,5
Araguaia Xingu	83,3	100,0	100,0	75,0	58,3	100,0	83,3	100,0
Centro Norte	94,4	100,0	100,0	77,8	61,1	72,7	38,9	71,4
Garças Araguaia	75,0	100,0	95,0	94,7	50,0	80,0	50,0	90,0
Médio Araguaia	93,3	100,0	93,3	92,9	80,0	91,7	53,3	87,5
Médio Norte Mato-grossense	100,0	100,0	100,0	76,9	76,9	100,0	61,5	100,0
Noroeste Mato-grossense	100,0	100,0	100,0	100,0	50,0	80,0	90,0	88,9
Norte Araguaia Karajá	100,0	100,0	100,0	57,1	57,1	100,0	42,9	100,0
Norte Matogrossense	100,0	100,0	100,0	100,0	55,6	100,0	22,2	100,0
Oeste Mato-grossense	100,0	100,0	100,0	90,9	36,4	75,0	36,4	100,0
Sudoeste Mato-grossense	100,0	100,0	92,3	75,0	46,2	66,7	61,5	75,0
Sul Mato-grossense	95,5	100,0	100,0	83,6	41,8	82,1	41,8	92,9
Teles Pires	98,3	100,0	100,0	88,1	44,1	96,2	37,3	90,9
Vale do Peixoto	100,0	100,0	100,0	81,8	36,4	50,0	36,4	50,0
Vale dos Arinos	90,9	100,0	90,9	100,0	18,2	100,0	0,0	0,0
Mato Grosso	95,0	100,0	98,7	86,5	49,8	86,7	46,2	89,2

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2014.

O fotopolimerizador é outro equipamento obrigatoriamente necessário em consultórios odontológicos no que tange a realização de tratamentos curativo-restauradores, tanto em dentes anteriores, quanto em dentes posteriores. A qualidade da restauração em

resina composta está diretamente ligada com o tipo de resina utilizada, a técnica empregada pelo profissional e as características funcionais do aparelho fotopolimerizador, entre outras condicionantes.

De forma geral, a ESB deve estar atenta ao perfeito funcionamento deste aparelho para que intercorrências não ocorram dentro do processo operatório (queima de lâmpada, má polimerização da resina composta, ligação à fonte externa de energia...). Recomenda-se que haja pelo menos um aparelho deste tipo como suporte de reserva em casos de necessidades imediatas de substituição temporária nos municípios.

Em relação à existência deste aparelho nas ESBs avaliadas, este se mostrou mais evidente (98,7%) que o amalgamador (95%), sendo que as regiões de Vale dos Arinos, Sudoeste Matogrossense, Médio Araguaia e Garças Araguaia apresentaram os menores índices desta condição nos consultórios, totalizando 1,3% das equipes.

As regiões Noroeste Matogrossense e Norte Matogrossense foram as que tiveram suas ESBs em 100% com aparelhos e todos em 100% de funcionamento. Atitude ideal em relação a esta situação.

O jato de bicarbonato, equipamento acessório de grande utilidade nos tratamentos curativo-periodontais e preventivo-profiláticos, mostra-se pouco presente nas equipes avaliadas com percentual de 49,8%. As regiões da Baixada Cuiabana e Médio Araguaia apresentaram os melhores percentuais de existência do aparelho com 81,3% e 80%, respectivamente. Apesar da pouca existência deste aparelho nas ESBs avaliadas nas regiões de Araguaia Xingu, Médio Norte Matogrossense, Norte Araguaia Karajá, Norte Matogrossense e Vale dos Arinos, os mesmos apresentaram suas condições de uso satisfatórias (100%).

O ultrassom, igualmente ao jato de bicarbonato em utilidade e função, quando incorporado nos processos de trabalho da ESB torna mais dinâmico e ágil ao tratamento clínico periodontal. Mostra-se ainda mais ausente quando comparados, aparecendo em 46,2% das equipes avaliadas e com um percentual dos existentes em 89,2% em condições satisfatórias de uso. Os melhores percentuais em ambas as situações são encontrados nas regiões Araguaia Xingu e Noroeste Matogrossense.

Tabela 28 - Percentuais de existência e condição de uso de equipamentos radiográficos odontológicos por Regiões de Saúde. Mato Grosso, 2014.

Regiões de Saúde	Aparelho RX Odontológico		Avental de chumbo		Caixa de revelação		Negatoscópio	
	Sim	Condição de uso	Sim	Condição de uso	Sim	Condição de uso	Sim	Condição de uso

Alto Tapajós	35,7	100,0	14,3	100,0	21,4	100,0	21,4	100,0
Baixada Cuiabana	45,5	100,0	27,3	100,0	45,5	80,0	27,3	100,0
Araguaia Xingu	41,7	100,0	25,0	100,0	33,3	100,0	8,3	0,0
Centro Norte	33,3	100,0	5,6	100,0	11,1	100,0	27,8	100,0
Garças Araguaia	20,0	100,0	15,0	100,0	10,0	100,0	15,0	100,0
Médio Araguaia	33,3	100,0	33,3	100,0	40,0	100,0	20,0	100,0
Médio Norte Mato-grossense	23,1	100,0	30,8	100,0	23,1	100,0	15,4	100,0
Noroeste Mato-grossense	10,0	100,0	10,0	100,0	10,0	100,0	0,0	0,0
Norte Araguaia Karajá	71,4	100,0	28,6	100,0	57,1	100,0	14,3	100,0
Norte Matogrossense	33,3	100,0	22,2	100,0	22,2	100,0	22,2	100,0
Oeste Mato-grossense	27,3	100,0	36,4	100,0	36,4	100,0	27,3	100,0
Sudoeste Mato-grossense	30,8	100,0	23,1	100,0	30,8	100,0	23,1	100,0
Sul Mato-grossense	28,4	100,0	19,4	100,0	28,4	84,2	10,4	100,0
Teles Pires	27,1	100,0	32,2	100,0	28,8	100,0	11,9	85,7
Vale do Peixoto	54,5	100,0	18,2	100,0	36,4	100,0	54,5	100,0
Vale dos Arinos	18,2	100,0	18,2	100,0	18,2	100,0	0,0	0,0
Mato Grosso	30,6	100,0	22,9	100,0	27,5	95,1	16,3	95,9

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2014.

As radiografias interbucais realizadas por um aparelho radiológico odontológico são elementos importantes no auxílio a um diagnóstico em saúde bucal, principalmente quando estão envolvidas certas lesões ósseas. Entretanto, as existências deste aparelho e acessórios necessários à realização de uma tomada radiográfica são mínimas quando observado nas equipes avaliadas.

Para a oferta de exame radiológico com qualidade e respeitando as diretrizes da Portaria ANVISA nº. 453/1998 - regulamenta as diretrizes de proteção radiológica no radiodiagnóstico médico e odontológico – necessariamente deve dispor de todos os itens acima mencionados na Tabela 28 não cabendo a existência de um sem os outros, fato observado nas equipes avaliadas, apesar das boas condições de uso nos existentes como regra geral.

O processo adequado de esterilização de instrumentais odontológicos é rito primordial nas condições de biossegurança em um consultório odontológico.

A autoclave é o equipamento indicado. Requer monitoramentos biológico, físico e químico de seus processos de esterilização e, estes são facilmente realizados *in loco*.

A Tabela 29 abaixo traz uma boa observação quando analisada a existência deste equipamento nas ESBs avaliadas (83,7%). Em todas as equipes avaliadas das regiões Médio Norte Matogrossense, Norte Araguaia Karajá e Vale dos Arinos foram encontradas este equipamento e em perfeitas condições de uso.

Tabela 29 - Percentuais de existência e condição de uso de equipamentos para processo de esterilização de materiais e instrumentais odontológicos por Regiões de Saúde. Mato Grosso, 2014.

Regiões de Saúde	Autoclave		Estufa		Seladora	
	SIM	Condição de uso	SIM	Condição de uso	SIM	Condição de uso
Alto Tapajós	71,4	100,0	21,4	100,0	42,9	100,0
Baixada Cuiabana	90,9	100,0	36,4	75,0	18,2	100,0
Araguaia Xingu	91,7	100,0	8,3	100,0	41,7	100,0
Centro Norte	77,8	100,0	16,7	66,7	44,4	100,0
Garças Araguaia	85,0	100,0	25,0	100,0	45,0	100,0
Médio Araguaia	86,7	100,0	20,0	100,0	53,3	100,0
Médio Norte Mato-grossense	100,0	100,0	7,7	100,0	15,4	100,0
Noroeste Mato-grossense	60,0	100,0	50,0	100,0	10,0	100,0
Norte Araguaia Karajá	100,0	100,0	14,3	100,0	28,6	100,0
Norte Matogrossense	88,9	100,0	0,0	0,0	55,6	100,0
Oeste Mato-grossense	54,5	100,0	63,6	71,4	9,1	100,0
Sudoeste Mato-grossense	76,9	100,0	30,8	75,0	23,1	100,0
Sul Mato-grossense	82,1	100,0	16,4	90,9	26,9	100,0
Teles Pires	91,5	100,0	10,2	83,3	47,5	100,0
Vale do Peixoto	63,6	100,0	9,1	100,0	18,2	100,0
Vale dos Arinos	100,0	100,0	0,0	0,0	90,9	100,0
Mato Grosso	83,7	100,0	18,3	87,3	36,5	100,0

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2014.

A seladora é utilizada quando os instrumentais/materiais de consumo são acondicionados em papel gral cirúrgico, filme plástico de polipropileno ou nylon. Este aparelho permite o selamento hermético da embalagem e garante uma integridade maior quando comparada a outros tipos de embalagens. A improvisação de embalagens para o processamento de artigos odontológicos é contraindicada (BRASIL, 2006).

A inexistência de seladoras em equipes que possuem autoclaves demonstra que o acondicionamento dos materiais/instrumentais a serem esterilizados pode estar comprometido,

A quantidade de instrumentais avaliados nesta fase da PMAQ-SB foi de 36 itens. Desta forma, em função da grande quantidade dos mesmos optou-se neste trabalho para melhores esclarecimentos definir uma metodologia de avaliação com critérios que reforçam o objetivo principal desta avaliação – melhoria no acesso e qualidade dos serviços odontológicos.

O primeiro critério foi definir que cada Região deveria ter 100% das equipes com a existência de um referido instrumental. Outro foi a definição do número de equipes com quantidade suficiente deste instrumental em 100%. Assim, uma Região como padrão de referência escolhido tem 100% de todas as equipes avaliadas com instrumental em quantidade suficiente para oferecer serviços odontológicos, dando nestas uma dinâmica organizacional que ofereça acesso e qualidade aos mesmos.

Outro ponto desta metodologia foi a divisão destes instrumentais e sua função clínica/especialidade, de forma que a descrição possibilite uma melhor visão do comportamento da equipe em relação aos serviços odontológicos e, numa possível comparação com os resultados obtidos possa evidenciar ou não o favorecimento de uma clínica em detrimento da outra.

Assim, foram classificados em:

- Instrumentais comuns;
- Instrumentais de dentística;
- Instrumentais de periodontia;
- Instrumentais de endodontia;
- Instrumentais cirúrgicos;
- Instrumentais de prótese.

**Instrumentais comuns:** são instrumentais utilizados em mais de uma especialidade clínica dentro dos procedimentos básicos em saúde bucal. Estão relacionados diretamente com o exame clínico, sendo deste modo essencial no acesso ao serviço de saúde bucal. Foram avaliados 07 itens - bandejas de aço, caixa com tampa em aço inox, espelho clínico, pinça clínica, placa de vidro, seringa carpule e sonda exploradora – e, apresentaram-se com um padrão de existência acima de 80% quando analisado o conjunto das equipes avaliadas e com um padrão de quantidade suficiente acima de 80% nas equipes existentes.

As regiões de Baixada Cuiabana, Centro Norte, Norte Araguaia Karajá, Norte Matogrossense e Oeste Matogrossense foram as que mais apresentaram padrões de referência favoráveis a estes tipos de instrumentais, sendo cada uma com 04 itens (instrumentais) com o padrão de referência escolhido neste trabalho.

**Instrumentais de dentística:** são os instrumentais que possuem suas maiores funções na área de dentística restauradora. Foram avaliados 08 itens – aplicador de hidróxido de cálcio, brunidor, condensador, escavador de dentina, esculpido, espátula para resina, porta-amálgama e porta-matriz. Tais itens quando avaliados no conjunto das regiões apresentaram-se existentes em mais de 90% das equipes e com mesmo percentual para as equipes com quantidade suficiente destes.

A Região que apresentou melhores referências para estes instrumentais foi a Norte Matogrossense (6), seguida pelas regiões de Noroeste Matogrossense (4), Norte Araguaia Karajá (4) e Vale do Peixoto (4).

**Instrumentais de periodontia:** são os instrumentais que possuem suas maiores funções na área de periodontia básica. Foram avaliados 03 itens – curetas periodontais, pedra para afiar e sonda milimetrada. Nestes somente as curetas periodontais na Região Norte Matogrossense teve o padrão de referência atingido.

No geral, as existências destes instrumentais nas equipes apresentaram-se com médias percentuais muito baixas em relação à pedra de afiar (45,2%) e sonda milimetrada (57,8%), porém com quantidades suficientes em 92,6% e 86,2% de equipes, respectivamente.

**Instrumentais de endodontia:** são os instrumentais envolvidos nas ações de clínica endodôntica (canal), sendo avaliados 04 itens – cânula de aspiração, escavador de pulpotomia, extirpa-nervos e limas endodônticas.

A única referência padrão encontrada foi no item escavador de pulpotomia na região Norte Araguaia Karajá, sendo a média percentual de existência nas equipes deste instrumental para as regiões de 72,6%. Os outros itens tiveram suas médias percentuais de existência nas equipes muito baixas, sendo 26,9% para cânula de aspiração, 40,9% para extirpa-nervos e 36,9% para limas endodônticas.

**Instrumentais cirúrgicos:** são os instrumentais exclusivamente utilizados nos procedimentos cirúrgicos básicos. Foram avaliados 11 itens – alveolótomo, alavancas, cabo para bisturi, curetas cirúrgicas, fórceps infantil, fórceps adulto, limas ósseas, porta-agulha, sindesmótomo, sugador cirúrgico e tesoura cirúrgica.

A região de melhor referência para estes tipos de instrumentais foi a Norte Matogrossense apresentando 08 itens com padrão de referência dos 11 totais. A região Norte Araguaia Karajá apresentou 06 itens com padrão de referência, com o restante das regiões perfazendo 02 itens e até mesmo nenhum item com padrão de referência.

**Instrumentais de prótese:** são os instrumentais utilizados na prática protética na ESB. Foram avaliados 03 itens – espátula para gesso e alginato, gral de borracha e moldeiras – sendo que nenhuma Região atingiu o padrão de referência para um item.

De forma geral, apesar de pouco existentes nas equipes das regiões, estes itens apresentaram-se em quantidade suficiente onde são realizados serviços protéticos a serem entregues à população local.

A mesma metodologia utilizada neste trabalho para discutir a existência e quantidade dos instrumentais nas ESBs das regiões é utilizada para os materiais de consumo utilizados no consultório odontológicos avaliados nesta fase da PMAQ-SB/AB. Um

total de 25 itens (materiais de consumo) foram avaliados, sendo que os mesmos foram dispostos em:

- Materiais comuns;
- Materiais de dentística;
- Materiais cirúrgicos;
- Materiais endodônticos.

**Materiais comuns:** são os materiais de consumo utilizados em mais de uma especialidade clínica dentro dos procedimentos básicos em saúde bucal. Foram avaliados 11 itens - rolo de algodão, anestésico tópico, anestésico com vasoconstrictor, anestésico sem vasoconstrictor, cimentos diversos, Equipamentos de Proteção Individual-EPI (luvas, óculos, máscaras, aventais, toucas), material restaurador temporário, caixa de descarte para material perfuro cortante, fixador e revelador para radiografia, papel articular e gaze – sendo que os materiais relacionados à realização de radiografia odontológica foram os únicos que não apresentaram padrão de referência em nenhuma Região de Mato Grosso.

A região da Baixada Cuiabana foi que apresentou melhores padrões de referência para estes materiais, sendo 8 num total de 11 itens. As regiões de Garças Araguaia, Médio Araguaia, Noroeste Matogrossense e Norte Araguaia Karajá aparecem a seguir com 6 itens de materiais com padrões de referência cada uma.

**Materiais de dentística:** são os materiais de consumo que possuem suas maiores funções na área de dentística. Foram avaliados 10 itens – ácido e sistema adesivo, amálgama em cápsulas, amálgama preparo manual, brocas diversas, cunhas, matriz, microbrush, resinas foto polimerizáveis, selantes, flúor gel – sendo que os materiais amálgama preparo manual e selantes não aparecem como referência em nenhuma Região.

As regiões da Baixada Cuiabana, Norte Araguaia Karajá e Vale dos Arinos foram as que apresentaram individualmente com 06 padrões de referência relacionados aos itens deste grupo de materiais, seguidas das regiões Médio Araguaia e Norte Matogrossense com 05 itens referenciais cada uma.

**Materiais cirúrgicos:** são os materiais mais utilizados nos procedimentos cirúrgicos básicos. Foram avaliados somente 02 itens – fios de sutura e lâminas de bisturi – sendo que as regiões Baixada Cuiabana, Araguaia Xingu, Norte Araguaia Karajá e Oeste Matogrossense apresentaram-se com padrões de referência para estes itens.

**Materiais endodônticos:** são os materiais envolvidos nas ações de clínica endodôntica (canal), sendo avaliados 02 itens – medicação intracanal para polpa viva / necrosada e seringas descartáveis para irrigação. Tais materiais foram os que apresentaram

os piores percentuais de existência nas equipes e quantidade suficiente nas mesmas. Nota-se que em todas as regiões existam um quantidade considerável de equipes com ausência e insuficiência destes materiais, com exceção das regiões de Norte Araguaia Karajá e Vale do Peixoto que apresentaram padrão de referência para as equipes com existência e quantidade suficiente de seringas descartáveis para irrigação (100% / 100%).

#### 4.2 – MÓDULO II: ENTREVISTA COM O PROFISSIONAL SOBRE O PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA E VERIFICAÇÃO DE DOCUMENTOS DA UBS

Considerou-se o planejamento um dos pontos primordiais para a organização, desenvolvimento e acrescido à avaliação, traz melhorias evidentes ao processo de trabalho e ao resultado final das atividades desenvolvidas pela equipe.

O exercício sistemático do planejamento estratégico nas unidades básicas de saúde potencializa o alcance dos objetivos por reduzir as incertezas envolvidas no processo decisório. Trata-se de um processo contínuo de análise de uma realidade com vistas a um futuro dentro de um contexto que sofre influências constantes. Sua riqueza está na articulação dessas nuances como forma de identificação do que se deseja alcançar e das decisões a serem tomadas para produzir os resultados esperados (LACERDA, BOTELHO, COLUSSI, 2012).

Planejar, portanto, passa a ser uma necessidade cotidiana dentro dos processos de trabalho das equipes de Saúde da Família, um processo permanente para que se possa garantir direcionalidade às ações desenvolvidas, enfrentando intercorrências contrárias aos rumos determinados e buscando sempre os objetivos que se quer alcançar.

Constatou-se que 77,2% das Equipes de Saúde da Família no estado realizam algum tipo de atividade de planejamento mensal, sendo que a Região de Médio Norte Araguaia é a que possui o maior número de equipes que fazem planejamento. As demais optam por outro intervalo de tempo ou ainda não realizam atividades de planejamento.

Tabela 30 – Número de equipes por Região que realizam atividade mensal de planejamento de ações em saúde. Mato Grosso, 2014.

Regiões de Saúde	Sim		Não	
	Nº	%	Nº	%
Alto Tapajós	17	85,0	3	15,0
Baixada Cuiabana	77	81,9	17	18,1
Araguaia Xingu	7	36,8	12	63,2
Centro Norte	18	81,8	4	18,2
Garças Araguaia	17	77,3	5	22,7
Médio Araguaia	13	72,2	5	27,8
Médio Norte Matogrossense	16	88,9	2	11,1
Noroeste Matogrossense	22	88,0	3	12,0
Norte Araguaia Karajá	6	75,0	2	25,0

Norte Matogrossense	6	54,5	5	45,5
Oeste Matogrossense	13	54,2	11	45,8
Sudoeste Matogrossense	17	63,0	10	37,0
Sul Matogrossense	83	85,6	14	14,4
Teles Pires	57	76,0	18	24,0
Vale do Peixoto	16	80,0	4	20,0
Vale dos Arinos	12	85,7	2	14,3
<b>Mato Grosso</b>	<b>397</b>	<b>77,2</b>	<b>117</b>	<b>22,8</b>

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2014.

Em Mato Grosso, 72,76% das equipes afirmaram ter recebido algum tipo de apoio para o planejamento e organização do processo de trabalho. Destacam-se as regiões de Alto Tapajós, Médio Araguaia e Norte Araguaia Karajá que afirmaram obter apoio por 100% de suas equipes. Em contrapartida, as regiões do Oeste Matogrossense e Norte Matogrossense foram as regiões que menos apoio receberam, sendo 45,83% e 45,45% respectivamente.

As gestões municipais de saúde na presença de seu pessoal administrativo não deve se limitar a ações de supervisão, à fiscalização e ao controle de resultados por UBS, mas a construção de espaços de reflexão, onde o diagnóstico é feito por vários pontos de vista e a elaboração de novos modos de cuidado seja ampliada.

A presença de uma ou mais pessoas externas a equipe da UBS, de caracteres articulador e agregador tem como função articular espaços de escuta, onde os objetivos institucionais passam a se alinhar aos interesses e desejos dos trabalhadores e usuários. Com o intuito de fomentar e coordenar um processo de potencialização dos atores envolvidos em uma política social. Desta forma, resultados positivos para todos os atores envolvidos no processo de se fazer saúde virão de forma mais plena e democrática.

Tabela 31 – Número de equipes por Região que recebem apoio para o planejamento e organização do processo de trabalho. Mato Grosso, 2014.

Regiões de Saúde	Sim		Não	
	Nº	%	Nº	%
Alto Tapajós	20	100,0	0	0,00
Baixada Cuiabana	56	59,57	38	40,43
Araguaia Xingu	13	68,42	6	31,58
Centro Norte	15	68,18	7	31,82
Garças Araguaia	19	86,36	3	13,64
Médio Araguaia	18	100,00	0	0,00
Médio Norte Matogrossense	15	83,33	3	16,67
Noroeste Matogrossense	21	84,00	4	16,00
Norte Araguaia Karajá	8	100,00	0	0,00
Norte Matogrossense	6	54,55	5	45,45
Oeste Matogrossense	13	54,17	11	45,83
Sudoeste Matogrossense	16	59,26	11	40,74
Sul Matogrossense	76	78,35	21	21,65
Teles Pires	49	65,33	26	34,67
Vale do Peixoto	17	85,00	3	15,00
Vale dos Arinos	12	85,71	2	14,29
<b>Mato Grosso</b>	<b>374</b>	<b>72,76</b>	<b>140</b>	<b>27,24</b>

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2014.

O apoio da gestão a equipe para um planejamento estratégico em saúde bucal torna esta mais conhecedora dos problemas locais e mais ativa na priorização de causas visando à redução das iniquidades em saúde bucal existentes.

A tabela 32 mostra o comportamento das gestões municipais no que tange ao suporte a ser dado à gestão dos serviços odontológicos por parte das equipes locais.

O suporte citado pode ser observado em 62% das equipes (189) cabendo um alto percentual (38%) de não apoio às equipes de saúde bucal existentes, principalmente quando se trata de ações de um dos pilares da Saúde Coletiva, a Gestão. As regiões do Vale do Araguaia foram as que apresentaram melhores resultados em relação a esta situação.

Importante o reconhecimento e o empenho da gestão municipal frente à necessidade deste suporte às equipes neste contexto, sendo parceira na busca de mecanismos e ações que vislumbrem o cotidiano dos serviços odontológicos de forma sistematizada, articulada institucionalmente e principalmente dando resolutividade aos problemas dos que buscam tais serviços.

Tabela 32 – Número de equipes de saúde bucal por Região que recebem apoio ao planejamento e organização de trabalho. Mato Grosso, 2014.

Regiões de Saúde	Sim		Não	
	N	%	N	%
Alto Tapajós	11	78,6%	3	21,4%
Baixada Cuiabana	7	58,3%	5	41,7%
Araguaia Xingu	9	75,0%	3	25,0%
Centro Norte	7	38,9%	11	61,1%
Garças Araguaia	15	75,0%	5	25,0%
Médio Araguaia	12	80,0%	3	20,0%
Médio Norte Mato-grossense	7	50,0%	7	50,0%
Noroeste Mato-grossense	8	80,0%	2	20,0%
Norte Araguaia Karajá	5	71,4%	2	28,6%
Norte Matogrossense	5	55,6%	4	44,4%
Oeste Mato-grossense	5	45,5%	6	54,5%
Sudoeste Mato-grossense	7	53,8%	6	46,2%
Sul Mato-grossense	48	71,6%	19	28,4%
Teles Pires	33	54,1%	28	45,9%
Vale do Peixoto	5	45,5%	6	54,5%
Vale dos Arinos	5	45,5%	6	54,5%
<b>Mato Grosso</b>	<b>189</b>	<b>62,0%</b>	<b>116</b>	<b>38,0%</b>

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2014

Com vistas ao fortalecimento do planejamento em saúde, utiliza-se de indicadores, os quais são pactuados e devem ser monitorados e analisados, a fim direcionar tomadas de decisão, contribuir para melhoria contínua dos processos organizacionais, analisar

comparativamente o desempenho. No período de 2013 a 2015, foi selecionado pelo Ministério da Saúde um quantitativo de 67 indicadores, que são primordiais para retratar a situação saúde no SUS.

Essas análises podem acontecer de forma local, o que promove um conhecimento minucioso da realidade da comunidade acompanhada pelas equipes de saúde da família, trazendo a possibilidade de intervenção efetiva nos problemas da mesma.

Pode-se observar que 75,5% das equipes realizam monitoramento dos indicadores de saúde, o que possivelmente traz um diferencial quanto ao planejamento e programação de prioridades de ações e atividades a serem trabalhadas buscando a saúde da comunidade. Em nosso entender esse percentual deve ser ampliado, buscando implementar o trabalho da equipe baseado nas evidências epidemiológicas que esses indicadores trazem, além de que isso possibilitará de certa forma induzir a qualificação da organização da rede de atenção disponível. O Norte Araguaia Karajá foi a única região que atingiram 100%. Para tal monitoramento, há instrumentos indispensáveis a serem utilizados, entre eles, os Sistemas de Informações.

Tabela 33 – Número de equipes de atenção básica por Região que realizam monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde. Mato Grosso, 2014.

Regiões de Saúde	Sim		Não	
	Nº	%	Nº	%
Alto Tapajós	13	65,00	7	35,00
Baixada Cuiabana	68	72,34	26	27,66
Araguaia Xingu	14	73,68	5	26,32
Centro Norte	14	63,64	8	36,36
Garças Araguaia	20	90,91	2	9,09
Médio Araguaia	15	83,33	3	16,67
Médio Norte Matogrossense	12	66,67	6	33,33
Noroeste Matogrossense	19	76,00	6	24,00
Norte Araguaia Karajá	8	100,00	0	0,00
Norte Matogrossense	6	54,55	5	45,45
Oeste Matogrossense	16	66,67	8	33,33
Sudoeste Matogrossense	18	66,67	9	33,33
Sul Matogrossense	85	87,63	12	12,37
Teles Pires	55	73,33	20	26,67
Vale do Peixoto	16	80,00	4	20,00
Vale dos Arinos	9	64,29	5	35,71
<b>Mato Grosso</b>	<b>388</b>	<b>75,49</b>	<b>126</b>	<b>24,51</b>

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2014.

Hoje há inúmeros sistemas de informações que podem ser utilizados para embasar o planejamento e direcionar ações na Saúde no município. Sendo foco da Atenção Primária

o e-SUS e SISAB\* mas outros devem ser somados para exprimir a realidade como o: PNI, SIMAP, SINAN, SISPRE-NATAL, etc.

Nota-se que 65,2% das equipes recebem apoio para discussão dos dados de monitoramento do Sistema de Informação.

É interessante frisar que a PNAB refere ser competência das Secretarias Municipais de Saúde e Distrito Federal, “Alimentar, analisar e verificar a qualidade e a consistência dos dados alimentados nos sistemas nacionais de informação a serem enviados às outras esferas de gestão, utilizá-los no planejamento e divulgar os resultados obtidos”, bem como, “Prestar apoio institucional às equipes e serviços no processo de implantação, acompanhamento e qualificação da atenção básica e de ampliação e consolidação da Estratégia Saúde da Família”. (BRASIL, 2012)

Conforme Rouquayrol (1993), “Indicadores de saúde são parâmetros utilizados internacionalmente com o objetivo de avaliar, sob o ponto de vista sanitário, a higidez de agregados humanos, bem como fornecer subsídios aos planejamentos de saúde, permitindo o acompanhamento das flutuações e tendências históricas do padrão sanitário de diferentes coletividades consideradas à mesma época ou da mesma coletividade em diversos períodos de tempo.

A Tabela abaixo mostra o quanto ainda é incipiente o processo de análise de indicadores para o monitoramento e avaliação das ações em saúde bucal exercidas pelas equipes, sendo o que utilizam na ordem de 51,8%. As equipes das regiões do Médio Araguaia (93,3%) e Alto Tapajós (64,3%) são as que mais utilizam destas ferramentas para a gestão dos serviços odontológicos.

Ressalta-se também que a Vigilância em Saúde Bucal em suas práticas é a responsável pelo monitoramento das desigualdades existentes neste contexto, reforçando a necessidade de atuação em fatores de risco e de proteção que incidem de forma desigual sobre os estratos sociais. Desta forma, a criação de indicadores é condição primordial na gestão dos serviços odontológicos prestados a população residente, tanto as de cunho preventivo, como curativo.

Observou-se uma discrepância em relação ao número de equipes que realizam o planejamento em saúde bucal (189) apresentados na Tabela 32 e o número de equipes que

---

\* SISAB é o sistema de informação. O e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) é uma estratégia do Departamento de Atenção Básica para reestruturar as informações da Atenção Básica.

utilizam de monitoramento e análise de indicadores e informações (158) apresentados na Tabela 34.

Tabela 34 – Número de equipes de saúde bucal que utilizam do monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde bucal. Mato Grosso, 2014.

Regiões de Saúde	Sim		Não	
	N	%	N	%
Alto Tapajós	9	64,3%	5	35,7%
Baixada Cuiabana	4	33,3%	8	66,7%
Araguaia Xingu	7	58,3%	5	41,7%
Centro Norte	6	33,3%	12	66,7%
Garças Araguaia	11	55,0%	9	45,0%
Médio Araguaia	14	93,3%	1	6,7%
Médio Norte Mato-grossense	6	42,9%	8	57,1%
Noroeste Mato-grossense	5	50,0%	5	50,0%
Norte Araguaia Karajá	4	57,1%	3	42,9%
Norte Matogrossense	4	44,4%	5	55,6%
Oeste Mato-grossense	5	45,5%	6	54,5%
Sudoeste Mato-grossense	8	61,5%	5	38,5%
Sul Mato-grossense	42	62,7%	25	37,3%
Teles Pires	28	45,9%	33	54,1%
Vale do Peixoto	2	18,2%	9	81,8%
Vale dos Arinos	3	27,3%	8	72,7%
<b>Mato Grosso</b>	<b>158</b>	<b>51,8%</b>	<b>147</b>	<b>48,2%</b>

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2014

As equipes que apresentaram esta inconsistência podem estar criando projetos e programas sem o critério técnico de análise situacional em saúde, sem contextualizar indicadores e informações que subsidiam o exercício de ações a serem priorizadas. Desta forma, podem estar abordando muitas vezes temas que podem ser desfocados das necessidades locais apresentadas ou mesmo quando trabalham os temas necessários sem observar os resultados e a implementação do processo planejamento-monitoramento-avaliação das ações em saúde bucal.

Tabela 35 – Número de equipes por Região que realizam discussão dos dados de monitoramento do Sistema de Informação. Mato Grosso, 2014.

Regiões de Saúde	Sim		Não	
	Nº	%	Nº	%
Alto Tapajós	11	55,0	9	45,0
Baixada Cuiabana	46	48,9	48	51,1
Araguaia Xingu	16	84,2	3	15,8
Centro Norte	15	68,2	7	31,8
Garças Araguaia	18	81,8	4	18,2
Médio Araguaia	17	94,4	1	5,6
Médio Norte Matogrossense	9	50,0	9	50,0
Noroeste Matogrossense	17	68,0	8	32,0
Norte Araguaia Karajá	7	87,5	1	12,5
Norte Matogrossense	6	54,5	5	45,5

Oeste Matogrossense	13	54,2	11	45,8
Sudoeste Matogrossense	12	44,4	15	55,6
Sul Matogrossense	75	77,3	22	22,7
Teles Pires	51	68,0	24	32,0
Vale do Peixoto	12	60,0	8	40,0
Vale dos Arinos	10	71,4	4	28,6
<b>Mato Grosso</b>	<b>335</b>	<b>65,2</b>	<b>179</b>	<b>34,8</b>

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2014.

Dentre as 514 equipes questionadas, 72,0% recebem apoio institucional permanente de uma equipe ou pessoa da Secretaria Municipal de Saúde com o objetivo de discutir, de forma conjunta, sobre o processo de trabalho auxiliando nos problemas identificados. As equipes das regiões que mais alegam receber apoio institucional são do Vale do Arinos e Araguaia Xingu com 92,9% e 89,5% e as que menos receberam apoio foi o Oeste Matogrossense (41,7%) e Sudoeste Matogrossense (40,7%).

Os demais, isto é, 144 equipes não recebem esse apoio, ou mesmo não sabem, ou não responderam o questionamento.

Tabela 36 – Número de equipes por Região que recebem apoio institucional permanente de uma equipe ou pessoa da Secretaria Municipal de Saúde na discussão dos processos de trabalhos realizados. Mato Grosso, 2014.

Regiões de Saúde	Sim		Não		Não sabe/não respondeu	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Alto Tapajós	15	75,00	5	25,00	0	0,00
Baixada Cuiabana	60	63,83	32	34,04	2	2,13
Araguaia Xingu	17	89,47	2	10,53	0	0,00
Centro Norte	14	63,64	8	36,36	0	0,00
Garças Araguaia	16	72,73	6	27,27	0	0,00
Médio Araguaia	16	88,89	1	5,56	1	5,56
Médio Norte Matogrossense	14	77,78	4	22,22	0	0,00
Noroeste Matogrossense	19	76,00	6	24,00	0	0,00
Norte Araguaia Karajá	7	87,50	1	12,50	0	0,00
Norte Matogrossense	8	72,73	2	18,18	1	9,09
Oeste Matogrossense	14	58,33	10	41,67	0	0,00
Sudoeste Matogrossense	16	59,26	11	40,74	0	0,00
Sul Matogrossense	78	80,41	19	19,59	0	0,00
Teles Pires	50	66,67	22	29,33	3	4,00
Vale do Peixoto	13	65,00	6	30,00	1	5,00
Vale dos Arinos	13	92,86	1	7,14	0	0,00
<b>Mato Grosso</b>	<b>370</b>	<b>71,98</b>	<b>136</b>	<b>26,46</b>	<b>8</b>	<b>1,56</b>

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2014.

Também compete as Secretarias Municipais de Saúde e ao Distrito Federal, “programar as ações da atenção básica a partir de sua base territorial e de acordo com as necessidades de saúde das pessoas, utilizando instrumento de programação nacional ou correspondente local” (BRASIL, 2012).

Em síntese, pode-se dizer que o apoio à equipe de saúde bucal, principalmente nas fases iniciais de implantação, por parte da gestão, é fator essencial para a consolidação do vínculo e a formação de compromisso da equipe com gestores e usuários. O profissional iniciante neste processo de trabalho em saúde pública, muitas vezes, tenta reproduzir os mesmos processos de trabalho aprendidos na vida acadêmica e que muitas vezes reproduzem um modelo assistencialista privatista, sem nenhum planejamento que enfoque nas necessidades e desigualdades existentes em seu território de ação.

Outro dado preocupante em relação à gestão dos serviços odontológicos é em relação à ordenação de uma rede de cuidados a partir da Atenção Primária. Nota-se que o apoio matricial e institucional as equipes ainda é muito incipiente, contando com somente duas regiões – Médio Araguaia (66,7%) e Sudoeste Matogrossense (53,8%) - em um processo um pouco mais avançado em relação ao encaminhamento para especialidades atendidas no CEO (Centro de Especialidades Odontológicas). Em relação aos outros estabelecimentos – NASF, CAPS e outros não CEO (centros/policlínicas de especialidades) - o apoio referido é menor ainda, configurando uma inércia no que tange ao trato com a Política Nacional de Saúde Bucal.

As resolutividade e resolubilidade de casos mais complexos em saúde bucal dentro da Atenção Primária sem estes apoios ficam comprometidas e a conformação de uma rede Regionalizada de cuidados neste contexto torna-se praticamente inexistente.

A necessidade de interação e integração das ações em saúde bucal da Atenção Primária com outras instituições é condição primordial para que a partir deste nível de atenção haja uma conformação ordenadora de atendimento das necessidades locais e, *a posteriori*, a partir das pactuações intermunicipais realizadas haja conformação de uma rede Regionalizada de atendimentos aos casos mais complexos em saúde bucal.

A Tabela 37 abaixo mostra o número de equipes por Região que recebem o apoio matricial e institucional como forma de ordenamento e encaminhamento de suas ações de casos mais complexos.

Tabela 37 – Número de equipes de saúde bucal por Região que recebem apoio institucional e apoio matricial. Mato Grosso, 2014.

Regiões de Saúde	CEO		NASF		CAPS		Não CEO	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Alto Tapajós	1	7,10	2	14,30	1	7,10	1	7,10
Baixada Cuiabana	3	25,00	3	25,00	4	33,30	3	25,00
Araguaia Xingu	4	33,30	0	0,00	5	41,70	0	0,00
Centro Norte	4	22,20	5	27,80	6	33,30	2	11,10
Garças Araguaia	1	5,00	2	10,00	0	0,00	1	5,00
Médio Araguaia	10	66,70	3	20,00	2	13,30	1	6,70

Médio Norte Mato-grossense	4	28,60	0	0,00	1	7,10	0	0,00
Noroeste Mato-grossense	0	0,00	3	30,00	3	30,00	1	10,00
Norte Araguaia Karajá	2	28,60	0	0,00	2	28,60	1	14,30
Norte Mato-grossense	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	11,10
Oeste Mato-grossense	0	0,00	0	0,00	1	9,10	2	18,20
Sudoeste Mato-grossense	7	53,80	0	0,00	2	15,40	1	7,70
Sul Mato-grossense	14	20,90	24	35,80	15	22,40	19	28,40
Teles Pires	20	32,80	10	16,40	8	13,10	7	11,50
Vale do Peixoto	2	18,20	0	0,00	3	27,30	0	0,00
Vale dos Arinos	2	18,20	2	18,20	2	18,20	1	9,10
<b>Mato Grosso</b>	<b>74</b>	<b>24,30</b>	<b>54</b>	<b>17,70</b>	<b>55</b>	<b>18,00</b>	<b>41</b>	<b>13,40</b>

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2013.

A territorialização é um dos pressupostos básicos do trabalho da Estratégia de Saúde da Família. O reconhecimento disso é necessário para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como, para avaliação do impacto dos serviços de saúde junto à população.

Detectou-se que 94,7% das Equipes de Saúde da Família tem definida a área de abrangência da mesma. O que revela primariamente a possibilidade de melhor organização do processo de trabalho.

Tabela 38 – Número de equipes por Região com definição da área de abrangência. Mato Grosso, 2014.

Regiões de Saúde	Sim		Não		Não sabe/não respondeu	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Alto Tapajós	20	100,0	0	0,0	0	0,0
Baixada Cuiabana	86	91,5	6	6,4	2	2,1
Araguaia Xingu	19	100,0	0	0,0	0	0,0
Centro Norte	21	95,5	1	4,5	0	0,0
Garças Araguaia	19	86,4	2	9,1	1	4,5
Médio Araguaia	17	94,4	1	5,6	0	0,0
Médio Norte Matogrossense	17	94,4	1	5,6	0	0,0
Noroeste Matogrossense	24	96,0	1	4,0	0	0,0
Norte Araguaia Karajá	8	100,0	0	0,0	0	0,0
Norte Matogrossense	11	100,0	0	0,0	0	0,0
Oeste Matogrossense	22	91,7	2	8,3	0	0,0
Sudoeste Matogrossense	26	96,3	1	3,7	0	0,0
Sul Matogrossense	89	91,8	8	8,2	0	0,0
Teles Pires	75	100,0	0	0,0	0	0,0
Vale do Peixoto	19	95,0	1	5,0	0	0,0
Vale dos Arinos	14	100,0	0	0,0	0	0,0
<b>Mato Grosso</b>	<b>487</b>	<b>94,7</b>	<b>24</b>	<b>4,7</b>	<b>3</b>	<b>0,6</b>

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2014.

Segundo Franco, Bueno e Merhy (1999) “o acolhimento modifica radicalmente o processo de trabalho. O impacto da reorganização do trabalho na Unidade se dá principalmente sobre os profissionais não médicos que fazem a assistência.”.

“O acolhimento propõe inverter a lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, partindo dos seguintes princípios: 1) Atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal. Assim, o serviço de saúde assume sua função precípua, a de acolher, escutar e dar uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população. 2) Reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional – equipe de acolhimento –, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde. 3) Qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania.” (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

O PMAQ aborda vários pontos com relação ao acolhimento, tem-se que 93,8% das equipes realizam acolhimento à demanda espontânea na Unidade de Saúde.

Tabela 39 – Número de equipes por Região que realizam acolhimento aos usuários. Mato Grosso, 2014.

Regiões de Saúde	Sim		Não	
	Nº	%	Nº	%
Alto Tapajós	20	100,0	0	0,0
Baixada Cuiabana	88	93,6	6	6,4
Araguaia Xingu	17	89,5	2	10,5
Centro Norte	21	95,5	1	4,5
Garças Araguaia	21	95,5	1	4,5
Médio Araguaia	17	94,4	1	5,6
Médio Norte Matogrossense	17	94,4	1	5,6
Noroeste Matogrossense	25	100,0	0	0,0
Norte Araguaia Karajá	5	62,5	3	37,5
Norte Matogrossense	9	81,8	2	18,2
Oeste Matogrossense	20	83,3	4	16,7
Sudoeste Matogrossense	22	81,5	5	18,5
Sul Matogrossense	95	97,9	2	2,1
Teles Pires	72	96,0	3	4,0
Vale do Peixoto	20	100,0	0	0,0
Vale dos Arinos	13	92,9	1	7,1
<b>Mato Grosso</b>	<b>482</b>	<b>93,8</b>	<b>32</b>	<b>6,2</b>

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2014.

O acolhimento expressa uma ação de aproximação. No entanto, o MS garante que mais importante que a busca pelo verdadeiro conceito de acolhimento, é a explicitação da noção adotada e assumida pelos atores envolvidos. Nesse sentido, o acolhimento é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de diferentes formas como uma “prática constitutiva das relações de cuidado.” (BRASIL - 2013).

Em Mato Grosso, essa ação de aproximação se limita na grande maioria das equipes no período matutino e vespertino, apenas 09 equipes (1,9%) realizam tal ação, de forma diferenciada, estrategicamente, no período noturno.

Tabela 40 – Percentuais de equipes por Região que realizam acolhimento segundo os turnos diários. Mato Grosso, 2014.

Regiões de saúde	Matutino	Vespertino	Noturno
Alto Tapajós	100,0	90,0	5,0
Baixada Cuiabana	98,9	89,8	2,3
Araguaia Xingu	100,0	94,1	0,0
Centro Norte	100,0	100,0	0,0
Garças Araguaia	100,0	100,0	0,0
Médio Araguaia	100,0	100,0	0,0
Médio Norte Matogrossense	100,0	100,0	0,0
Noroeste Matogrossense	100,0	96,0	4,0
Norte Araguaia Karajá	100,0	100,0	0,0
Norte Matogrossense	100,0	88,9	0,0
Oeste Matogrossense	95,0	100,0	10,0
Sudoeste Matogrossense	100,0	95,5	0,0
Sul Matogrossense	98,9	96,8	1,1
Teles Pires	100,0	100,0	2,8
Vale do Peixoto	100,0	100,0	0,0
Vale dos Arinos	100,0	100,0	0,0
<b>Mato Grosso</b>	<b>99,4</b>	<b>96,3</b>	<b>1,9</b>

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2014.

O Ministério da Saúde, no caderno de Atenção Básica de acolhimento à demanda espontânea, faz a seguinte reflexão “em vez (ou além) de perguntar se, em determinado serviço, há ou não acolhimento, talvez seja mais apropriado analisar como ele se dá. O acolhimento se revela menos no discurso sobre ele do que nas práticas concretas. Partindo dessa perspectiva, podemos pensar em modos de acolher a demanda espontânea que chega às unidades de atenção básica” (BRASIL, 2013).

De qualquer forma a possibilidade de mensurar as atividades, assim como saber se são realizadas ou não, favorece um desenho da realidade, quando se trata de uma amostra significativa a ser analisada.

Prosseguindo, temos que, a maioria, isto é, 91,3% das equipes que realizam o acolhimento à demanda espontânea, desenvolvem essa atividade de 4 a 5 vezes por semana.

Tabela 41 – Percentuais de equipes por Região que realizam acolhimento segundo o número de dias da semana. Mato Grosso, 2014.

Regiões de Saúde	% De 1 a 3 dias por semana	% De 4 a 5 dias por semana	% Mais de cinco dias por semana
Alto Tapajós	5,0	90,0	5,0
Baixada Cuiabana	11,4	85,2	3,4

Araguaia Xingu	5,9	94,1	0,0
Centro Norte	14,3	85,7	0,0
Garças Araguaia	4,8	90,5	4,8
Médio Araguaia	0,0	100,0	0,0
Médio Norte Matogrossense	11,8	88,2	0,0
Noroeste Matogrossense	0,0	96,0	4,0
Norte Araguaia Karajá	0,0	100,0	0,0
Norte Matogrossense	0,0	100,0	0,0
Oeste Matogrossense	15,0	75,0	10,0
Sudoeste Matogrossense	13,6	86,4	0,0
Sul Matogrossense	3,2	95,8	1,1
Teles Pires	4,2	94,4	1,4
Vale do Peixoto	5,0	95,0	0,0
Vale dos Arinos	7,7	92,3	0,0
Mato Grosso	6,6	91,3	2,1

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2014.

Garantir vagas de consultas para demanda espontânea, numa agenda programada, garante o acolhimento e pode facilitar a continuidade e redefinição dos projetos terapêuticos dos usuários, principalmente quando eles procuram a unidade de saúde fora das consultas ou atividades agendadas. Como exemplo, podemos pensar na atitude da equipe quando uma mulher que não leva o filho às consultas programadas de puericultura resolve levá-lo com diarreia ao serviço, num dia não previsto (BRASIL, 2013).

Essa postura acolhedora foi observada em 80,7% das equipes no estado, com destaque para 100% das ESF da região do Norte Araguaia Karajá que reservam vagas para consultas de demanda espontânea.

Tabela 42 - Percentuais de equipes por Região com utilização de reserva de vagas para consultas de demanda espontânea. Mato Grosso, 2014.

Regiões de Saúde	Sim %	Não %
Alto Tapajós	75,0	25,0
Baixada Cuiabana	85,2	14,8
Araguaia Xingu	88,2	11,8
Centro Norte	81,0	19,0
Garças Araguaia	71,4	28,6
Médio Araguaia	94,1	5,9
Médio Norte Matogrossense	82,4	17,6
Noroeste Matogrossense	88,0	12,0
Norte Araguaia Karajá	100,0	0,0
Norte Matogrossense	77,8	22,2
Oeste Matogrossense	75,0	25,0
Sudoeste Matogrossense	86,4	13,6
Sul Matogrossense	86,3	13,7
Teles Pires	62,5	37,5
Vale do Peixoto	80,0	20,0
Vale dos Arinos	84,6	15,4
Mato Grosso	80,7	19,3

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2014.

A maior utilização de protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento à demanda espontânea foi relatada 35,3% das equipes, para o atendimento das “queixas mais frequentes na criança” em seguida para as “queixas mais frequentes em idosos”, relatadas por 32,0% das equipes. Para atendimento à demanda espontânea de problemas relacionados à saúde mental/sofrimento psíquico, apenas 25,9% das equipes afirmaram a utilização de protocolos clínicos.

Tabela 43 – Percentuais de equipes por Região possuindo protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento à demanda espontânea para situações definidas. Mato Grosso, 2014.

Regiões de Saúde	Queixas mais frequentes no idoso	Problemas respiratórios	Queixas mais frequentes no adulto	Queixas mais frequentes na criança	Problemas relacionados à saúde mental/sofrimento psíquico
Alto Tapajós	15	15	15	15	15
Baixada Cuiabana	35,2	31,8	35,2	45,5	25
Araguaia Xingu	35,3	35,3	35,3	41,2	35,3
Centro Norte	19	9,5	14,3	14,3	19
Garças Araguaia	52,4	42,9	38,1	47,6	38,1
Médio Araguaia	76,5	76,5	70,6	76,5	76,5
Médio Norte Mato-grossense	5,9	5,9	5,9	5,9	5,9
Noroeste Mato-grossense	40	44	40	48	40
Norte Araguaia Karajá	40	40	20	40	20
Norte Mato-grossense	11,1	22,2	22,2	11,1	11,1
Oeste Mato-grossense	5	10	15	10	10
Sudoeste Mato-grossense	27,3	27,3	31,8	31,8	13,6
Sul Mato-grossense	30,5	27,4	20	32,6	25,3
Teles Pires	38,9	33,3	30,6	41,7	25
Vale do Peixoto	0	0	0	0	5
Vale dos Arinos	61,5	38,5	30,8	61,5	61,5
Mato Grosso	32	29	27,4	35,3	25,9

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2014.

Das equipes de Saúde da Família que realizam a reserva de vagas para consulta de demanda espontânea, mais da metade das equipes (51,9%) não possuem protocolos, com definição de diretrizes terapêutica, de atendimento à demanda espontânea. A dengue é o agravo que as equipes (41,9%) dão prioridade a utilização de protocolos terapêuticos, enquanto a Captação precoce de gestantes e intercorrências na gestação referentes à demanda espontânea, só foi referida como utilizada por 34,2%.

Tabela 44 - Percentuais de equipes por Região possuindo protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento à demanda espontânea para situações definidas. Mato Grosso, 2014.

Regiões de Saúde	Traumas e acidentes	Captação precoce de gestantes e intercorrências na gestação	Dengue	Não possui protocolos de atendimento à demanda espontânea
Alto Tapajós	10	20	15	75
Baixada Cuiabana	17	37,5	59,1	38,6
Araguaia Xingu	29,4	35,3	35,3	52,9

Centro Norte	9,5	14,3	19	71,4
Garças Araguaia	28,6	52,4	61,9	33,3
Médio Araguaia	70,6	76,5	76,5	23,5
Médio Norte Mato-grossense	5,9	5,9	11,8	82,4
Noroeste Mato-grossense	32	48	44	52
Norte Araguaia Karajá	0	40	40	60
Norte Mato-grossense	22,2	33,3	22,2	66,7
Oeste Mato-grossense	5	20	20	80
Sudoeste Mato-grossense	13,6	22,7	27,3	68,2
Sul Mato-grossense	22,1	32,6	43,2	46,3
Teles Pires	15,3	40,3	45,8	44,4
Vale do Peixoto	0	5	5	95
Vale dos Arinos	15,4	53,8	69,2	30,8
Mato Grosso	18,9	34,2	41,9	51,9

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2014.

As tabelas 45 e 46 apresentam alguns procedimentos específicos realizados de forma diferenciada em cada região do estado. Observa-se que o atendimento às pessoas com dor torácica, crise convulsiva, nefrolitíase, crise de asma, crise hipertensiva, hiperglicemia em diabéticos e casos suspeitos de dengue podem ser atendidos por 100% das equipes de algumas regiões de saúde distante da capital, enquanto tais procedimentos são executados em menor percentual por equipes de regiões próximas aos grandes centros ou na própria capital. Situação que poderia ser explicada pela disponibilidade de serviços de pronto atendimento no município.

Tabela 45 – Percentuais de equipes por Região que realizam atendimento segundo os tipos de casos de urgência/emergência. Mato Grosso, 2014.

Regiões de Saúde	Dor torácica	Crise convulsiva	Nefrolitíase	Crise de asma	Crise hipertensiva
	Sim %	Sim %	Sim %	Sim %	Sim %
Alto Tapajós	95,0	95,0	95,0	95,0	100,0
Baixada Cuiabana	71,6	55,7	47,7	75,0	92,0
Araguaia Xingu	100,0	70,6	82,4	88,2	100,0
Centro Norte	81,0	61,9	71,4	76,2	85,7
Garças Araguaia	95,2	76,2	71,4	100,0	100,0
Médio Araguaia	100,0	82,4	88,2	100,0	100,0
Médio Norte Matogrossense	100,0	94,1	88,2	100,0	100,0
Noroeste Matogrossense	96,0	88,0	68,0	84,0	100,0
Norte Araguaia Karajá	100,0	100,0	80,0	100,0	100,0
Norte Matogrossense	100,0	66,7	77,8	77,8	100,0
Oeste Matogrossense	80,0	55,0	55,0	80,0	95,0
Sudoeste Matogrossense	81,8	63,6	68,2	77,3	95,5
Sul Matogrossense	78,9	69,5	68,4	72,6	94,7
Teles Pires	93,1	88,9	79,2	90,3	100,0
Vale do Peixoto	75,0	50,0	65,0	75,0	80,0
Vale dos Arinos	84,6	92,3	84,6	100,0	100,0
Mato Grosso	85,1	72,4	69,5	82,8	95,6

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2014.

Quanto aos atendimentos às urgências e emergências, identificou-se um menor índice de equipes por região que não fazem esse tipo de atendimento, totalizando no estado apenas 3,7% das equipes.

Tabela 46 – Percentuais de equipes por Regiões de Saúde que realizam atendimento segundo os tipos de casos de urgência/emergência. Mato Grosso, 2014.

Regiões de Saúde	Hiperglicemia em diabéticos	Casos suspeitos de dengue	Não realiza atendimento a urgências e a emergências
	Sim %	Sim %	Sim %
Alto Tapajós	100,0	100,0	0,0
Baixada Cuiabana	89,8	92,0	4,5
Araguaia Xingu	100,0	100,0	0,0
Centro Norte	85,7	85,7	14,3
Garças Araguaia	95,2	100,0	0,0
Médio Araguaia	100,0	100,0	0,0
Médio Norte Matogrossense	100,0	100,0	0,0
Noroeste Matogrossense	92,0	100,0	0,0
Norte Araguaia Karajá	100,0	100,0	0,0
Norte Matogrossense	88,9	100,0	0,0
Oeste Matogrossense	90,0	95,0	5,0
Sudoeste Matogrossense	86,4	95,5	4,5
Sul Matogrossense	92,6	94,7	5,3
Teles Pires	98,6	100,0	0,0
Vale do Peixoto	80,0	75,0	20,0
Vale dos Arinos	100,0	100,0	0,0
Mato Grosso	93,2	95,4	3,7

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2014.

A reserva de consultas para pessoas identificadas a partir do acolhimento e que não se incluem nas ações programáticas, mas que demandam atenção tem sido garantida por 74,5% das equipes, valor que merece ser ampliado com certa urgência, a fim de manter o vínculo e a resolutividade esperada para Saúde da Família.

Tabela 47 – Percentuais de equipes por Regiões de Saúde segundo pré-agendamento de consulta. Mato Grosso, 2014.

Regiões de Saúde	Sim %	Não %
Alto Tapajós	70,0	30,0
Baixada Cuiabana	86,2	13,8
Araguaia Xingu	84,2	15,8
Centro Norte	72,7	27,3
Garças Araguaia	68,2	31,8
Médio Araguaia	88,9	11,1
Médio Norte Matogrossense	66,7	33,3
Noroeste Mato-grossense	44,0	56,0
Norte Araguaia Karajá	50,0	50,0
Norte Matogrossense	72,7	27,3
Oeste Matogrossense	58,3	41,7
Sudoeste Matogrossense	51,9	48,1
Sul Matogrossense	84,5	15,5
Teles Pires	80,0	20,0

Vale do Peixoto	50,0	50,0
Vale dos Arinos	71,4	28,6
Mato Grosso	74,5	25,5

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2014.

O agendamento presencial é adotado por 99,6% das equipes. Somente 26,1% realizam agendamento por telefone e nenhuma equipe refere utilizar a internet para essa atividade. Apesar do uso intensivo da tecnologia nos dias de hoje, esta ainda não foi incorporada no cotidiano das Equipes de Saúde da Família, seja por falta de instrumentos para isso, seja por falta de reorganização do serviço.

Tabela 48 – Percentuais de equipes por Regiões de Saúde segundo o tipo de agendamento. Mato Grosso, 2014.

Regiões de Saúde	Presencial	Por Telefone	Pela Internet
Alto Tapajós	100,0	50,0	0
Baixada Cuiabana	100,0	17,0	0
Araguaia Xingu	100,0	21,1	0
Centro Norte	95,5	18,2	0
Garças Araguaia	100,0	13,6	0
Médio Araguaia	94,4	55,6	0
Médio Norte Matogrossense	100,0	33,3	0
Noroeste Matogrossense	100,0	24,0	0
Norte Araguaia Karajá	100,0	12,5	0
Norte Matogrossense	100,0	36,4	0
Oeste Matogrossense	100,0	8,3	0
Sudoeste Matogrossense	100,0	14,8	0
Sul Matogrossense	100,0	16,5	0
Teles Pires	100,0	45,3	0
Vale do Peixoto	100,0	25,0	0
Vale dos Arinos	100,0	64,3	0
Mato Grosso	99,6	26,1	0

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2014.

Com relação à agenda, 92% das equipes incorporaram a visita domiciliar a essa; 77% incluem também os grupos de educação em saúde; 66,7% acresceram as atividades comunitárias; 85% das consultas são asseguradas para o cuidado continuado; 77% reservam espaço para o acolhimento a demanda espontânea; e 3,7% das equipes organizam a agenda com outros critérios e formatos.

Tabela 49 – Percentuais de equipes por Regiões de Saúde segundo organização da agenda dos profissionais. Mato Grosso, 2014.

Regiões de Saúde	Visita domiciliar	Grupos de educação em saúde	Atividade comunitária	Consultas para cuidado continuado	Acolhimento à demanda espontânea	Nenhuma das anteriores
Alto Tapajós	95,0	85,0	80,0	90,0	85,0	0,0
Baixada Cuiabana	92,6	74,5	73,4	85,1	83,0	5,3
Araguaia Xingu	94,7	73,7	68,4	84,2	57,9	5,3

Centro Norte	95,5	72,7	36,4	81,8	86,4	0,0
Garças Araguaia	81,8	95,5	72,7	77,3	81,8	4,5
Médio Araguaia	100,0	94,4	83,3	94,4	88,9	0,0
Médio Norte	94,4	66,7	55,6	88,9	83,3	5,6
Matogrossense						
Noroeste Mato-grossense	88,0	60,0	40,0	72,0	60,0	4,0
Norte Araguaia Karajá	87,5	62,5	62,5	87,5	62,5	12,5
Norte Mato-grossense	90,9	72,7	72,7	90,9	63,6	9,1
Oeste Matogrossense	91,7	54,2	50,0	62,5	58,3	0,0
Sudoeste Mato-grossense	81,5	59,3	59,3	81,5	51,9	7,4
Sul Matogrossense	94,8	91,8	81,4	92,8	82,5	2,1
Teles Pires	94,7	81,3	66,7	90,7	89,3	1,3
Vale do Peixoto	85,0	55,0	40,0	75,0	60,0	10,0
Vale dos Arinos	85,7	78,6	57,1	71,4	57,1	7,1
Mato Grosso	92,0	77,0	66,7	85,0	77,0	3,7

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2014.

“O usuário com doenças crônicas é, usualmente, um grande frequentador da Unidade Básica de Saúde, buscando-a por diversas razões: renovação de receitas, consulta de acompanhamento, verificação da pressão e/ou glicemia, atendimento para agudização de sua condição crônica, entre outras.” (BRASIL, 2014).

Dentre as equipes de saúde analisadas, 83,9% realizam renovação de receita para os usuários de cuidado continuado/de programas como hipertensão e diabetes, sem a necessidade de marcação de consultas médicas.

Tabela 50 – Percentuais de equipes por Regiões de Saúde segundo a renovação de receitas para usuários de cuidado continuado de programas como hipertensão e diabetes, sem a necessidade de marcação de consultas médicas. Mato Grosso, 2014.

Regiões de Saúde	Sim %	Não %
Alto Tapajós	70,0	30,0
Baixada Cuiabana	91,5	8,5
Araguaia Xingu	63,2	36,8
Centro Norte	63,6	36,4
Garças Araguaia	90,9	9,1
Médio Araguaia	94,4	5,6
Médio Norte Matogrossense	88,9	11,1
Noroeste Matogrossense	56,0	44,0
Norte Araguaia Karajá	75,0	25,0
Norte Matogrossense	100,0	0,0
Oeste Matogrossense	87,5	12,5
Sudoeste Matogrossense	74,1	25,9
Sul Matogrossense	82,5	17,5
Teles Pires	94,7	5,3
Vale do Peixoto	85,0	15,0
Vale dos Arinos	85,7	14,3
Mato Grosso	83,9	16,1

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2014.

Observou-se que 59,5% das equipes do estado reservam vagas na agenda ou um horário de fácil acesso ao profissional para que o usuário possa buscar e mostrar resultados de exames. Destacam-se as regiões do Médio Araguaia com 88,9% e Araguaia Xingu com 73,7%.

Tabela 51 – Percentuais de equipes por Regiões de Saúde segundo reserva de vagas na agenda ou um horário de fácil acesso pra realização de consulta de retorno. Mato Grosso, 2014.

Regiões de Saúde	Sim %	Não %
Alto Tapajós	50,0	50,0
Baixada Cuiabana	66,0	34,0
Araguaia Xingu	73,7	26,3
Centro Norte	31,8	68,2
Garças Araguaia	45,5	54,5
Médio Araguaia	88,9	11,1
Médio Norte Matogrossense	72,2	27,8
Noroeste Matogrossense	48,0	52,0
Norte Araguaia Karajá	25,0	75,0
Norte Matogrossense	27,3	72,7
Oeste Matogrossense	50,0	50,0
Sudoeste Matogrossense	51,9	48,1
Sul Matogrossense	66,0	34,0
Teles Pires	64,0	36,0
Vale do Peixoto	65,0	35,0
Vale dos Arinos	42,9	57,1
Mato Grosso	59,5	40,5

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2014.

Há ainda equipes (53,9%) que reservam na agenda ou um horário de fácil acesso ao profissional para que o usuário possa sanar dúvidas pós-consulta ou mostrar como evoluiu sua situação.

O Ministério da Saúde, no caderno de Atenção Básica de estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica, refere que “o acesso está diretamente relacionado à disponibilidade de consultas de cuidado continuado e de demanda espontânea, atividades coletivas, atendimentos em grupo, procedimentos de enfermagem, exames, medicamentos, entre outros.” Por isso, a organização da agenda, o processo de trabalho, a oferta de serviços e o fluxo a ser percorrido pelo usuário dentro da unidade são relevantes na garantia do acesso e vinculação do usuário. (BRASIL, 2014).

Tabela 52 – Percentuais de equipes por Regiões de Saúde segundo reserva de vagas na agenda ou um horário de fácil acesso ao profissional para que o usuário possa sanar dúvidas pós-consulta ou mostrar evolução de quadro clínico. Mato Grosso, 2014.

Regiões de Saúde	Sim %	Não %
Alto Tapajós	50,0	50,0
Baixada Cuiabana	61,7	38,3
Araguaia Xingu	52,6	47,4
Centro Norte	27,3	72,7
Garças Araguaia	59,1	40,9
Médio Araguaia	88,9	11,1
Médio Norte Matogrossense	44,4	55,6
Noroeste Matogrossense	36,0	64,0
Norte Araguaia Karajá	25,0	75,0

Norte Matogrossense	9,1	90,9
Oeste Matogrossense	58,3	41,7
Sudoeste Matogrossense	44,4	55,6
Sul Matogrossense	71,1	28,9
Teles Pires	45,3	54,7
Vale do Peixoto	50,0	50,0
Vale dos Arinos	35,7	64,3
<b>Mato Grosso</b>	<b>53,9</b>	<b>46,1</b>

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2014.

A oferta de serviço laboratorial ou mesmo só de coleta na unidade foi outro ponto levantado no questionário de avaliação externa do PMAQ, A maioria dos exames são realizados em local diferente da unidade de saúde, somente o citopatológico de colo de útero é coletado em maior proporção nas unidades, com destaque para região Médio Araguaia, Noroeste Matogrossense, Norte Araguaia Karajá e Vale do Peixoto, nessas, todas as equipes realizam a coleta citopatológico de colo de útero.

Tabela 53 – Percentuais de equipes por Regiões de Saúde segundo tipos de exames realizados/coletados na unidade. Mato Grosso, 2014.

Regiões de Saúde	Exames de sangue	Urina	Fezes	Exame citopatológico de colo de útero	Eletrocardiograma	Não são realizados/coletados os exames na unidade
Alto Tapajós	10,0	10,0	10,0	80,0	5,0	20,0
Baixada Cuiabana	70,2	68,1	69,1	86,2	1,1	10,6
Araguaia Xingu	5,3	5,3	5,3	94,7	0,0	5,3
Centro Norte	9,1	4,5	4,5	72,7	0,0	27,3
Garças Araguaia	13,6	13,6	13,6	63,6	0,0	36,4
Médio Araguaia	11,1	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0
Médio Norte Matogrossense	55,6	55,6	55,6	94,4	11,1	5,6
Noroeste Matogrossense	56,0	52,0	52,0	100,0	0,0	0,0
Norte Araguaia Karajá	25,0	25,0	25,0	100,0	12,5	0,0
Norte Matogrossense	27,3	27,3	27,3	81,8	0,0	9,1
Oeste Matogrossense	16,7	16,7	16,7	66,7	20,8	33,3
Sudoeste Matogrossense	7,4	7,4	3,7	77,8	7,4	22,2
Sul Matogrossense	8,2	9,3	8,2	82,5	0,0	17,5
Teles Pires	14,7	13,3	13,3	73,3	0,0	25,3
Vale do Peixoto	0,0	0,0	0,0	100,0	5,0	0,0
Vale dos Arinos	50,0	50,0	50,0	85,7	0,0	14,3
<b>Mato Grosso</b>	<b>26,7</b>	<b>25,5</b>	<b>25,3</b>	<b>82,9</b>	<b>2,5</b>	<b>16,1</b>

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2014.

Com relação aos procedimentos pesquisados, 97,1% das equipes realizam retiradas de pontos, 94,6% fazem nebulização/inalação, 97,5% também fazem curativos, 94,9% ministram medicações injetáveis intramusculares, 69,3% drenam abscesso, 61,9% realizam sutura de ferimentos, 74,1% fazem lavagem de ouvido, 56,2% extração de unhas e somente 4,1% fazem inserção de DIU.

O Ministério da Saúde refere que “alguns procedimentos clínicos e cirúrgicos, tais como retirada de nevos, corpos estranhos, cistos e lipomas, e o tratamento de feridas, pela

menor complexidade de técnica, materiais, insumos e medicamentos, também podem e devem ser realizados pelas equipes que trabalham nas UBS, a fim de evitar estrangulamento dos serviços dos outros níveis de atenção e, com isso, contribuir para o aumento da resolutividade da Atenção Primária à Saúde (APS). (BRASIL, 2011).

Aponta ainda que “é fundamental que os serviços de atenção primária no SUS se responsabilizem pela realização de pequenos procedimentos clínicos e cirúrgicos, acolhendo usuários em situações agudas (tais como ferimentos) ou crônicas (unhas encravadas, por exemplo), avaliando sempre o risco de agravamento e a necessidade de atendimento imediato ou encaminhamento a outro serviço de saúde. Não se pode admitir que um usuário que procure um serviço de atenção primária, sobretudo os casos de urgência e emergência, independentemente se este faz parte ou não da sua área adstrita, deixe de ser acolhido na unidade e tenha que recorrer a outro serviço sem ser referenciado pela equipe de atenção primária/Saúde da Família.” (BRASIL, 2011).

Tabela 54 - Percentuais de equipes por Regiões de Saúde segundo a realização de procedimentos clínicos. Mato Grosso, 2014.

Regiões de Saúde	Retirada de pontos	Nebulização/inalação	Curativos	Medicações injetáveis intramuscular	Medicações injetáveis endovenosas
	Sim %	Sim %	Sim %	Sim %	Sim %
Alto Tapajós	95,0	90,0	95,0	100,0	95,0
Baixada Cuiabana	92,6	90,4	93,6	87,2	66,0
Araguaia Xingu	94,7	78,9	94,7	94,7	94,7
Centro Norte	100,0	95,5	95,5	95,5	90,9
Garças Araguaia	95,5	90,9	95,5	86,4	86,4
Médio Araguaia	94,4	100,0	100,0	94,4	88,9
Médio Norte Matogrossense	100,0	88,9	100,0	100,0	100,0
Noroeste Matogrossense	100,0	92,0	100,0	100,0	96,0
Norte Araguaia Karajá	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Norte Matogrossense	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Oeste Matogrossense	95,8	95,8	95,8	95,8	87,5
Sudoeste Matogrossense	100,0	96,3	100,0	88,9	88,9
Sul Matogrossense	97,9	97,9	99,0	96,9	94,8
Teles Pires	100,0	97,3	100,0	100,0	100,0
Vale do Peixoto	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Vale dos Arinos	92,9	100,0	92,9	92,9	92,9
Mato Grosso	97,1	94,6	97,5	94,9	89,5

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2014.

A puericultura tem como objetivo básico contemplar a promoção da saúde infantil, prevenção de doenças e educação da criança e de seus familiares, por meio de orientações quanto aos riscos de agravos à saúde.

Através da Rede Cegonha, o MS busca garantir a todos os recém-nascidos boas práticas de atenção, recomendando sete consultas de puericultura no primeiro ano de vida, duas consultas no 2º ano de vida e a partir daí, consultas anuais, próximas ao mês do

aniversário. Essas faixas etárias são selecionadas porque representam momentos de oferta de imunizações e de orientações de promoção de saúde e prevenção de doenças. As crianças que necessitem de maior atenção devem ser vistas com maior frequência.

Em Mato Grosso o acesso às consultas de puericultura é garantido por 93% das equipes de saúde da família, sendo que todas as equipes da região Centro Norte e do Norte Matogrossense garantem esse atendimento em 100% de suas equipes. Os resultados apontam para a necessidade de implementação dessa ação, especialmente nas regiões do Oeste Matogrossense (83,3%) e Araguaia Xingu (84,2%).

Tabela 55 – Percentuais de equipes por Regiões de Saúde segundo a realização de puericultura nas crianças de até dois anos. Mato grosso, 2014.

Regiões de Saúde	Sim %	Não %
Alto Tapajós	90,0	10,0
Baixada Cuiabana	96,8	3,2
Araguaia Xingu	84,2	15,8
Centro Norte	100,0	0,0
Garças Araguaia	77,3	22,7
Médio Araguaia	94,4	5,6
Médio Norte Matogrossense	94,4	5,6
Noroeste Matogrossense	92,0	8,0
Norte Araguaia Karajá	87,5	12,5
Norte Matogrossense	100,0	0,0
Oeste Matogrossense	83,3	16,7
Sudoeste Matogrossense	92,6	7,4
Sul Matogrossense	91,8	8,2
Teles Pires	98,7	1,3
Vale do Peixoto	95,0	5,0
Vale dos Arinos	85,7	14,3
Mato Grosso	93,0	7,0

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2014.

Cerca de 84,2% das equipes atendem pessoas em sofrimento psíquico, mas somente 41,4% das equipes mantêm registro do número dos casos mais graves de usuários em sofrimento psíquico.

O Ministério da Saúde, no caderno de Atenção Básica de Saúde Mental, discorre sobre o tema, destacando que “a saúde mental não está dissociada da saúde geral. E por isso faz-se necessário reconhecer que as demandas de saúde mental estão presentes em diversas queixas relatadas pelos pacientes que chegam aos serviços de Saúde, em especial da Atenção Básica. Cabe aos profissionais o desafio de perceber e intervir sobre estas questões.”

Pode-se “dizer que o cuidado em saúde mental na Atenção Básica é bastante estratégico pela facilidade de acesso das equipes aos usuários e vice-versa. Por estas

características, é comum que os profissionais de Saúde se encontrem a todo o momento com pacientes em situação de sofrimento psíquico. No entanto, apesar de sua importância, a realização de práticas em saúde mental na Atenção Básica suscita muitas dúvidas, curiosidades e receios nos profissionais de Saúde.”

Refere que “mesmo os profissionais especialistas em saúde mental elaboram suas intervenções a partir das vivências nos territórios.”... “O cuidado em saúde mental não é algo de outro mundo ou para além do trabalho cotidiano na Atenção Básica. Pelo contrário, as intervenções são concebidas na realidade do dia a dia do território, com as singularidades dos pacientes e de suas comunidades. Portanto, para uma maior aproximação do tema e do entendimento sobre quais intervenções podem se configurar como de saúde mental, é necessário refletir sobre o que já se realiza cotidianamente e o que o território tem a oferecer como recurso aos profissionais de Saúde para contribuir no manejo dessas questões. Algumas ações de saúde mental são realizadas sem mesmo que os profissionais as percebam em sua prática.” (BRASIL - 2013).

“O sofrimento mental comum é o resultado do impacto emocional na vida da pessoa, da sua condição social, do seu temperamento, da sua história de vida e da sua rede de apoio. Que o profissional de Saúde compreenda esse contexto para cada uma das pessoas que o procuram, é condição necessária, e às vezes suficiente, para produzir saúde”.

Tabela 56 – Percentuais de equipes por Regiões de Saúde segundo atendimento a pessoas em sofrimento psíquico e registro de casos mais graves. Mato Grosso, 2014

Regiões de Saúde	Atende pessoas em	Registro o número dos casos de
	sofrimento psíquico	usuários em sofrimento psíquico
	Sim %	Sim %
Alto Tapajós	95,0	35,0
Baixada Cuiabana	72,3	41,5
Araguaia Xingu	89,5	47,4
Centro Norte	86,4	50,0
Garças Araguaia	77,3	50,0
Médio Araguaia	94,4	55,6
Médio Norte Mato-grossense	77,8	27,8
Noroeste Mato-grossense	96,0	52,0
Norte Araguaia Karajá	75,0	12,5
Norte Mato-grossense	90,9	27,3
Oeste Mato-grossense	87,5	25,0
Sudoeste Mato-grossense	77,8	37,0
Sul Mato-grossense	86,6	54,6
Teles Pires	84,0	32,0
Vale do Peixoto	95,0	30,0
Vale dos Arinos	100,0	35,7
<b>Mato Grosso</b>	<b>84,2</b>	<b>41,4</b>

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2014.

A utilização de substâncias químicas e o álcool podem agravar problemas de saúde e saúde mental. Os profissionais de Saúde devem considerar que a utilização desses, como uma possível causa de sintomas de ansiedade ou depressão. Assim como estar atento a possíveis problemas relacionados, agravando o tratamento de outras patologias.

Das equipes analisadas 23,5% possui registro dos usuários com necessidade decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. A Região do Médio Araguaia o que mantém o maior percentual de equipes (61,1%) que realizam esse registro. E na Região Norte Matogrossense nenhuma equipe realiza esse registro.

Tabela 57 – Percentuais de equipes por Regiões de Saúde segundo registro dos usuários com necessidade decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. Mato Grosso, 2014.

Regiões de Saúde	Sim	Não
Alto Tapajós	20,0	80,0
Baixada Cuiabana	19,1	80,9
Araguaia Xingu	57,9	42,1
Centro Norte	4,5	95,5
Garças Araguaia	27,3	72,7
Médio Araguaia	61,1	38,9
Médio Norte Matogrossense	5,6	94,4
Noroeste Matogrossense	24,0	76,0
Norte Araguaia Karajá	25,0	75,0
Norte Matogrossense	0,0	100,0
Oeste Matogrossense	20,8	79,2
Sudoeste Matogrossense	14,8	85,2
Sul Matogrossense	32,0	68,0
Teles Pires	17,3	82,7
Vale do Peixoto	25,0	75,0
Vale dos Arinos	21,4	78,6
Mato Grosso	23,5	76,5

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2014.

Entre as equipes do estado, somente 18,9% das equipes realizam ações para pessoas com necessidade decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. As equipes das Regiões do Alto Tapajós, Médio Norte Matogrossense, Norte Araguaia Karajá e do Vale do Peixoto não realizam nenhuma ação para essa clientela. Apontando para a necessidade de implementação dessas ações, a considerar que a Região do Noroeste Mato-grossense apresenta 32% de suas equipes desenvolvendo ações voltadas aos usuários de crack, álcool e outras drogas.

Tabela 58 – Percentuais de equipes por Regiões de Saúde segundo realização de ações para pessoas com necessidade decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. Mato Grosso, 2014.

Regiões de Saúde	Sim	Não
Alto Tapajós	0,00	100,0
Baixada Cuiabana	17,0	83,0
Araguaia Xingu	15,8	84,2
Centro Norte	4,50	95,5

Garças Araguaia	18,2	81,8
Médio Araguaia	11,1	88,9
Médio Norte Matogrossense	0,00	100,0
Noroeste Matogrossense	32,0	68,0
Norte Araguaia Karajá	0,00	100,0
Norte Matogrossense	18,2	81,8
Oeste Matogrossense	29,2	70,8
Sudoeste Matogrossense	11,1	88,9
Sul Matogrossense	27,8	72,2
Teles Pires	28,0	72,0
Vale do Peixoto	0,00	100,0
Vale dos Arinos	21,4	78,6
Mato Grosso	18,9	81,1

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2014.

Dados epidemiológicos disponíveis mostram que os problemas de refração que podem ser corrigidos são expressivos e interferem no rendimento escolar das crianças e jovens, bem como no desempenho das atividades diárias de adultos e idosos (BRASIL, 2008).

Esses dados apontam ainda que a oferta de consulta com especialista em oftalmologia não responde à demanda, é proporcionalmente menor. Reconhecendo as dificuldades do acesso da população não só à consulta oftalmológica, mas também à aquisição dos óculos, que muitas vezes inviabiliza o tratamento, novas ações devem ser incorporadas à rotina dos serviços de saúde como a integração da saúde com a educação, além de parcerias com outras instituições.

Em Mato Grosso, apenas 44,9% das equipes encaminham os usuários com queixa de acuidade visual ou demanda de avaliação de refração, sem necessidade de marcação de consulta. A região do Médio Araguaia (77,8%) mantém um maior percentual de equipes que realizam esse tipo de encaminhamento.

Tabela 59 - Percentuais de equipes por Regiões de Saúde segundo encaminhamento dos usuários com queixa de acuidade visual ou demanda de avaliação de refração, sem a necessidade de marcação de consulta. Mato Grosso, 2014.

Regiões de Saúde	Sim	Não	Total
Alto Tapajós	15,0	85,0	20
Baixada Cuiabana	50,0	50,0	94
Araguaia Xingu	15,8	84,2	19
Centro Norte	40,9	59,1	22
Garças Araguaia	31,8	68,2	22
Médio Araguaia	77,8	22,2	18
Médio Norte Matogrossense	27,8	72,2	18
Noroeste Matogrossense	12,0	88,0	25
Norte Araguaia Karajá	0,0	100,0	8
Norte Matogrossense	18,2	81,8	11
Oeste Matogrossense	33,3	66,7	24
Sudoeste Matogrossense	33,3	66,7	27
Sul Matogrossense	72,2	27,8	97
Teles Pires	54,7	45,3	75
Vale do Peixoto	15,0	85,0	20
Vale dos Arinos	42,9	57,1	14
Mato Grosso	44,7	55,3	514

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2014.

Em Saúde Bucal, os 17 procedimentos avaliados como executados ou não pelas equipes foram divididos em propriamente básicos e não básicos, como forma de melhor expressar a necessidade de execução dos procedimentos na Atenção Primária.

Os procedimentos propriamente básicos foram assim denominados em função de sua execução necessitar de baixa densidade tecnológica, onde o profissional com estrutura (materiais, equipamentos e instrumentais) adequada preconizada para as ESBs tem respaldo suficiente para realizá-los. Foram considerados neste grupo, os seguintes: Drenagem de abscesso, sutura de ferimentos por trauma, acesso à polpa dentária, aplicação tópica de flúor, exodontia de decíduo, exodontia de permanente, restauração em amálgama, restauração em resina composta, restauração em dente decíduo, raspagem-alisamento-polimento periodontais, tratamento de alveolite e cimentação de prótese.

Tais procedimentos em sua maioria são bem apresentados nas ESBs avaliadas como percentuais acima de 80% de equipes por Regiões de Saúde que os executam. Com exceção, a cimentação de prótese aparece somente com 14,8% de execução nas equipes avaliadas. Tal fato pode estar ligado à necessidade de retratamento adequado para nova peça protética ou uma opção ética do profissional de não sobrepor um trabalho executado por outro profissional.

Os procedimentos não básicos são aqueles que necessariamente não precisam ser feitos na atenção primária e que fazem parte do rol de procedimentos considerados de nível secundário em sua execução. São os seguintes: Remoção de dente impactado, frenectomia, remoção de cistos, pulpotomia e ulotomia/ulectomia.

Apesar de que procedimentos da atenção secundária podem ser executados na atenção primária, quando o respaldo técnico do profissional e a estrutura da unidade são suficientes para o ato. Destes, pulpotomia e ulotomia/ulectomia são os mais evidentes nas equipes avaliadas com percentuais de 75,7% e 59,7%, respectivamente. Os demais apresentam percentuais com média abaixo de 30,0% de execução nas mesmas.

De um modo geral, pode-se dizer que as ESBs avaliadas estão em consonância com os procedimentos realizados, porém cabendo uma avaliação mais aprofundada para melhores esclarecimentos de um alguns vieses, tais como:

- Porque algumas unidades não estão executando alguns dos procedimentos tidos como propriamente básicos?
- Existe uma padronização no rol de procedimentos a serem executados na atenção primária dos municípios das equipes avaliadas?

A visão por Regiões de Saúde impossibilita algumas hipóteses que podem ser geradas nesta avaliação, porém o gestor municipal com dados desta avaliação pode fazer um cruzamento dos dados desta pesquisa (materiais e equipamentos) e resultados obtidos (produtividade) para melhor analisar o comportamento destas equipes na execução dos procedimentos aqui avaliados.

Dados da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – SB Brasil (2010) mostram ainda que em grupos de indivíduos com faixas etárias acima de 15 anos, a necessidade de próteses se evidencia à medida que as idades dos mesmos aumentam.

As ESBs tem papel fundamental em seus territórios de atuação na evidência de grupos ou indivíduos que necessitam de tratamento protético para sua reabilitação oral. Observou-se na avaliação PMAQ/SB que, de um modo geral, esta atividade ainda é incipiente nas equipes avaliadas. O percentual de equipes que realizam ações em seu território para evidenciar tal necessidade na população adstrita é de somente 30,2%, sendo que as Regiões Vale dos Arinos e Alto Tapajós apresentaram, respectivamente, 90,9% e 64,3% de suas equipes avaliadas atendendo esta prerrogativa.

“O processo do cuidado integral à saúde é missão básica do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Atenção Primária à Saúde (APS) por meio da Estratégia Saúde da Família. Ele envolve a promoção da saúde, a redução de risco ou manutenção de baixo risco, a detecção precoce e o rastreamento de doenças, assim como o tratamento e a reabilitação” (BRASIL, 2010).

Os encaminhamentos para outros pontos de atenção, que compõem este cuidado, implicam na organização da rede de atenção à saúde, que garantidos pelo sistema, fortalecem o princípio básico da integralidade e continuidade do cuidado. No entanto, cerca de 40% das equipes não registram os usuários de maior risco encaminhados para outros pontos de atenção. Observa-se que cerca de 50% das equipes mantém essa informação para os casos de Hipertensão, Diabetes, Gestantes e das mulheres com Citopatológico alterado os demais itens também são acompanhados, mas em menor percentual.

Tabela 60 – Percentuais de equipes por Regiões de Saúde segundo realização de registro dos usuários de maior risco encaminhados para outros pontos de atenção. Mato Grosso, 2014.

Regiões de Saúde	Hipertensão	Diabetes	DPOC/ Asma	Obesidade	Gestantes
Alto Tapajós	35,0	20,0	10,0	10,0	25,0
Baixada Cuiabana	52,1	52,1	26,6	35,1	52,1
Araguaia Xingu	21,1	21,1	21,1	15,8	26,3
Centro Norte	27,3	18,2	18,2	9,1	31,8
Garças Araguaia	77,3	72,7	63,6	59,1	77,3
Médio Araguaia	83,3	83,3	66,7	72,2	77,8
Médio Norte Matogrossense	5,6	5,6	0,0	5,6	0,0
Noroeste Matogrossense	28,0	28,0	12,0	16,0	28,0
Norte Araguaia Karajá	25,0	25,0	25,0	25,0	25,0
Norte Matogrossense	54,5	27,3	9,1	18,2	54,5
Oeste Matogrossense	33,3	37,5	8,3	12,5	37,5
Sudoeste Matogrossense	44,4	40,7	14,8	18,5	48,1
Sul Matogrossense	68,0	71,1	41,2	47,4	72,2
Teles Pires	62,7	61,3	34,7	38,7	62,7
Vale do Peixoto	50,0	50,0	20,0	30,0	45,0
Vale dos Arinos	21,4	14,3	7,1	7,1	35,7
Mato Grosso	50,6	49,0	28,0	32,1	51,6

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2014.

Tabela 61 – Percentuais de equipes por Regiões de Saúde segundo realização de registro dos usuários de maior risco encaminhados para outros pontos de atenção. Mato Grosso, 2014.

Regiões de Saúde	Citopatológico alterado	Transtorno mental	Mamografia alterada	Não realiza registro
Alto Tapajós	30,0	20,0	25,0	60,0
Baixada Cuiabana	50,0	36,2	44,7	43,6
Araguaia Xingu	36,8	21,1	21,1	57,9
Centro Norte	36,4	22,7	27,3	54,5
Garças Araguaia	77,3	50,0	63,6	18,2

Médio Araguaia	72,2	61,1	66,7	16,7
Médio Norte Matogrossense	16,7	5,6	5,6	83,3
Noroeste Matogrossense	44,0	24,0	28,0	52,0
Norte Araguaia Karajá	37,5	25,0	25,0	62,5
Norte Matogrossense	18,2	45,5	45,5	36,4
Oeste Matogrossense	33,3	16,7	29,2	62,5
Sudoeste Matogrossense	44,4	29,6	33,3	48,1
Sul Matogrossense	72,2	62,9	50,5	23,7
Teles Pires	65,3	41,3	52,0	30,7
Vale do Peixoto	50,0	35,0	35,0	45,0
Vale dos Arinos	42,9	21,4	14,3	35,7
Mato Grosso	52,9	38,3	41,1	40,5

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2014.

Na saúde bucal, os registros de encaminhamentos de todos os pacientes para outros pontos de atenção acontecem em 52,3% das ESBs avaliadas, de alguns pacientes em 13,6% destas e 34,1% não encaminham nenhum de seus pacientes a outros centros de atenção. As equipes das regiões Baixada Cuiabana (80,0%) e Teles Pires (79,2%) são as que melhor direcionam seus pacientes para outros pontos de atenção, dando desta forma uma maior integralidade às ações em saúde bucal e, possivelmente uma maior resolubilidade aos problemas em saúde bucal da população adstrita.

A maioria das equipes tem documentação específica que comprova os encaminhamentos dos pacientes a outros pontos de atenção, sendo o percentual no valor de 81,6% das avaliadas. A Tabela 62 abaixo mostra os percentuais de equipes por Regiões de Saúde que encaminham na totalidade ou em parte seus pacientes a outros pontos de atenção, bem como as que nada realizam neste contexto.

Tabela 62 – Percentuais de equipes de saúde bucal por Regiões de Saúde segundo encaminhamentos de pacientes a outros pontos de atenção. Mato Grosso, 2014.

Regiões de Saúde	Sim, de todos os usuários.	Sim, de alguns usuários.	Não
Alto Tapajós	0,0	0,0	100,0
Baixada Cuiabana	80,0	20,0	0,0
Araguaia Xingu	25,0	0,0	75,0
Centro Norte	40,0	0,0	60,0
Garças Araguaia	33,3	33,3	33,3
Médio Araguaia	60,0	0,0	40,0
Médio Norte Mato-grossense	12,5	12,5	75,0
Noroeste Mato-grossense	66,7	0,0	33,3
Norte Araguaia Karajá	75,0	0,0	25,0
Oeste Mato-grossense	0,0	0,0	100,0
Sudoeste Mato-grossense	42,9	42,9	14,3
Sul Mato-grossense	68,4	10,5	21,1
Teles Pires	79,2	0,0	20,8
Vale do Peixoto	12,5	75,0	12,5
Vale dos Arinos	0,0	40,0	60,0
Mato Grosso	52,3	13,6	34,1

Fonte: PMAQ/SB, 2014.

A atenção às famílias, a detecção precoce de casos, o rastreamento de doenças, a detecção de riscos, a prevenção de doenças e promoção de saúde, são demandas relevantes a serem trabalhadas nas visitas domiciliares, além é claro dos cuidados, descritos na literatura como “atenção domiciliar”.

“É responsabilidade das equipes de atenção básica atender os cidadãos conforme suas necessidades em saúde. Essas necessidades, que são produzidas socialmente, muitas vezes se traduzem também pela dificuldade que algumas pessoas possuem em acessar os serviços de saúde, seja pelas barreiras geográficas, pelas longas distâncias, pela forma como são organizados, seja pelo seu estado de saúde, que, muitas vezes, os impedem de se deslocarem até esses serviços, exigindo que a assistência seja dispensada em nível domiciliar. Com base no princípio da territorialização, deve-se ser responsável pela atenção à saúde de todas as pessoas adstritas. Dessa forma, a atenção domiciliar é atividade inerente ao processo de trabalho das equipes de atenção básica, sendo necessário que estejam preparadas para identificar e cuidar dos usuários que se beneficiarão dessa modalidade de atenção, o que implica adequar certos aspectos na organização do seu processo de trabalho, bem como agregar certas tecnologias necessárias para realizar o cuidado em saúde no ambiente domiciliar” (BRASIL, 2012).

Estabelecer protocolos ou critérios para realização das visitas domiciliares é relevante para organização da agenda e do processo de trabalho. Das 514 equipes entrevistadas, apenas 58,9% possuem protocolo ou critérios para visita domiciliar. A Região do Médio Araguaia mantém o maior percentual (88,9%). E o Oeste Matogrossense o menor percentual (25,0%).

Nas ESBs avaliadas em Mato Grosso, esta prerrogativa ainda é incipiente, sendo que somente 38,6% das mesmas dispõe de um protocolo ou critérios para a realização de uma visita domiciliar. A Regiões de Saúde Garças Araguaia possui mais equipes utilizando uma metodologia de visita domiciliar (77,8% das equipes da Regiões de Saúde) e Vale do Peixoto com 14,3% de suas equipes.

Tabela 63 – Percentuais de equipes por Regiões de Saúde segundo a existência de protocolo ou critérios para visita domiciliar. Mato Grosso, 2014.

Regiões de Saúde	ESF		ESB	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Alto Tapajós	60,0	40,0	16,7	83,3
Baixada Cuiabana	60,6	39,4	50,0	50,0
Araguaia Xingu	52,6	47,4	44,4	55,6
Centro Norte	40,9	59,1	38,5	61,5
Garças Araguaia	68,2	31,8	77,8	22,2
Médio Araguaia	88,9	11,1	50,0	50,0
Médio Norte Mato-grossense	38,9	61,1	27,3	72,7
Noroeste Mato-grossense	76,0	24,0	33,3	66,7
Norte Araguaia Karajá	50,0	50,0	50,0	50,0
Norte Matogrossense	45,5	54,5	25,0	75,0
Oeste Mato-grossense	25,0	75,0	20,0	80,0
Sudoeste Mato-grossense	44,4	55,6	50,0	50,0
Sul Mato-grossense	67,0	33,0	44,0	56,0
Teles Pires	62,7	37,3	30,8	69,2
Vale do Peixoto	55,0	45,0	14,3	85,7
Vale dos Arinos	57,1	42,9	33,3	66,7
Mato Grosso	58,9	41,1	38,6	61,4

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2014.

A Lei 8.142, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

O Conselho Local de Saúde regulamentado por essa lei é utilizado e considerado um bom espaço de manifestação/identificação das necessidades da comunidade, assim como, de fiscalização. Pode-se dizer que é um instrumento de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, especialmente para as Equipes de Saúde da Família.

A operacionalização traz um maior conhecimento/aproximação da comunidade, assim como possibilita perceber os recursos locais disponíveis a serem utilizados na prevenção de doenças e promoção da saúde.

Essa aproximação pode trazer inúmeros benefícios, inclusive organização do processo de trabalho da equipe, no elenco de prioridades adotadas pela mesma e na própria dinâmica dos serviços oferecidos.

Apesar de positivo e construtivo para as equipes de Saúde da Família, menos de 50% delas trabalham junto aos Conselhos Locais de Saúde ou outros espaços de participação popular, a Região do Garças Araguaia tem maior percentual de participação (77,3%) e a Região do Norte Araguaia Karajá um menor percentual (25,0%).

Tabela 64 – Percentuais de equipes por Regiões de Saúde segundo a existência de Conselho Local de Saúde ou outros espaços de participação popular. Mato Grosso, 2014.

Regiões de Saúde	Sim	Não
Alto Tapajós	45,0	55,0
Baixada Cuiabana	34,0	66,0
Araguaia Xingu	36,8	63,2
Centro Norte	45,5	54,5
Garças Araguaia	77,3	22,7
Médio Araguaia	27,8	72,2
Médio Norte Matogrossense	33,3	66,7
Noroeste Matogrossense	28,0	72,0
Norte Araguaia Karajá	25,0	75,0
Norte Matogrossense	45,5	54,5
Oeste Matogrossense	50,0	50,0
Sudoeste Matogrossense	40,7	59,3
Sul Matogrossense	49,5	50,5
Teles Pires	65,3	34,7
Vale do Peixoto	65,0	35,0
Vale dos Arinos	50,0	50,0
Mato Grosso	46,7	53,3

Fonte: PMAQ/DAB/MS, 2014.

## 5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Analisar os dados do PMAQ possibilitou apontar fragilidades, considerando que a maioria das equipes avaliadas tiveram desempenho insatisfatório, mostrando que apenas 44,55% das equipes certificadas pelo PMAQ, obtiveram êxito satisfatório em seu desempenho, sendo classificadas como “acima da média” ou “muito acima da média”. Das 55,45% ESF com desempenho insatisfatório, observou-se tratar de “padrões de qualidade” sensíveis a diferentes intervenções, considerando a governabilidade de cada ator envolvido.

No que se refere a infraestrutura, a intervenção sobre os ajustes a serem efetivados nesta dimensão é de governabilidade do gestor municipal da saúde com “comando único”, “Garantir a estrutura física necessária para o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde e para a execução do conjunto de ações propostas pela estratégia saúde da família, podendo contar com apoio técnico e/ou financeiro das Secretarias de Estado da Saúde e do Ministério da Saúde”, em acordo a PNAB.

O PMAQ constatou dificuldades de acessibilidade na maioria das equipes, por não dispor de equipamentos e/ou não apresentar estrutura adequada à mobilidade de usuários portadores de deficiência física dentro das UBS, negando às pessoas o conforto e o direito de ir e vir do cidadão assim como o acesso aos serviços de saúde, conseqüentemente o direito à saúde.

A disponibilidade de estrutura física e equipamentos tais como salas de vacinas e geladeiras exclusivas são considerados “padrões essenciais” da qualidade. Em algumas equipes do estado esses itens não são disponibilizados, conforme as normatizações vigentes. O PMAQ aponta para a necessidade de adequações urgentes, uma vez que a ausência ou a não disponibilização de estrutura adequada pode comprometer a eficácia das ações.

Embora o PMAQ valorizasse a disponibilidade de equipamentos estratégicos para a certificação das equipes, observou-se que algumas unidades não dispunham nem mesmo dos equipamentos básicos essenciais na prestação do cuidado, justificando assim o baixo desempenho (resolutividade e qualidade dos serviços) das equipes no estado. Vale ressaltar que a indisponibilidade desses elementos, instalações e equipamentos utilizados para atender às necessidades dos usuários, além de comprometer a resolutividade da APS viola os princípios do acesso à saúde.

Ampliar a capacidade resolutiva das equipes, garantir o acesso às próprias informações, promover a educação permanente (à distância), assim como favorecer a

comunicação entre os pontos de atenção da rede de saúde são “padrões estratégicos” favorecidos pela disponibilidade de equipamentos de TI e acesso à internet. No entanto, o PMAQ aponta a necessidade não só de aquisições e manutenção de equipamentos de TI para as equipes, como de ampliação e melhoria de serviço de banda larga para várias localidades no estado, a fim de garantir a implantação e o sucesso no funcionamento de prontuário eletrônico.

Quanto aos padrões que avaliam o processo de trabalho da equipe na organização dos serviços, o PMAQ apresenta que diversas atividades são desenvolvidas satisfatoriamente pelas equipes, tais como o acolhimento, agendamentos, consultas, entre outros. No entanto, os resultados apresentados referentes a outras atividades, tais como: disponibilidade de protocolos e utilização dos mesmos em atendimentos às queixas; atendimento a pessoas em sofrimento psíquico; registro de pessoas com necessidade decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas, ou o desenvolvimento de ações nesta área; encaminhamento usuários com queixa de acuidade visual; a coleta de exame citopatológico de colo de útero; coleta de exame (sangue, urina, fezes, eletrocardiograma) na unidade, demonstram a necessidade de melhoria, sendo que várias ações para implementar essa melhoria do processo de trabalho é de governabilidade da própria equipe.

O desempenho insuficiente da maioria das equipes nas diferentes regiões do estado, independente das distâncias aos serviços de referência, sugere que os recursos não são utilizados de forma adequada e/ou não são suficientes para superar as necessidades de educação permanente, manutenção e organização das equipes da atenção primária, como revela este e outros diversos estudos sobre o financiamento da APS. Assim, esta análise destaca o valor do PMAQ, como subsídio para intervenções oportunas e necessárias, no âmbito do município, Estado e União, oferecendo informações para a tomada de decisão no tocante a aporte financeiro e de assessoria técnica, apoio institucional, parcerias e articulações regionais.

O resultado alcançado evidencia fragilidades no acesso e qualidade da atenção apontando para a necessidade de maiores investimentos nas equipes, tanto na adequação e qualidade da estrutura física, reposição de equipamentos e mobiliários, quanto em ações de educação permanente.

Cabe aos gestores lançar mão das diferentes estratégias oferecidas pelo MS (para reforma, ampliação, construção de UBS e/ou aquisição de equipamentos e implementação da TI), para realmente oferecer serviços resolutivos. Além disso, os gestores podem contar com o Sistema de Gestão Financeira e de Convênios (GESCON), gerido pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS), do Ministério da Saúde, que descentraliza recursos federais

efetuando transferências diretamente, sem a intermediação de instituições financeiras oficiais.

O PMAQ tem sido considerado como a principal estratégia indutora de mudanças nas condições e modos de funcionamento das UBS. Os resultados aqui apresentados constituem importante fonte de informação para promoção das mudanças necessárias, induzindo processos que visam ampliar a capacidade da gestão estadual e municipais, bem como das equipes de atenção primária, em ofertar serviços que assegurem acesso e qualidade a saúde para a população matogrossense.

Além disso, possibilita um aumento do repasse de recursos federais aos municípios participantes que atingirem melhores padrões de desempenho nos serviços de atenção primária.

## 6 – REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 52 p.: il. color – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Projeto Olhar Brasil: triagem de acuidade visual: manual de orientação / Ministério da Saúde, Ministério da Educação. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 24 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Procedimentos / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.: il. – (Série E. Legislação em Saúde).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rotas da atenção básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ AB / organizadores: Márcia Cristina Rodrigues Fausto; Helena Maria Seidl Fonseca. – Rio de Janeiro, RJ: Saberes Editora, 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 56 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica; n. 28, V. 1).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 162 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Gestão da Atenção Básica [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

CONTANDRIOPOULOS, AP et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA (org.). Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. 20 ed. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, cap. 2, p. 29- 47, 1997.

DESLANDES, S.F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2004, vol.9, n.1 [cited 2009-08-01], pp. 7-14. Available from: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232004001010002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004001010002&lng=en&nrm=iso)>. ISSN 1413-8123. doi:10.1590/S1413-81232004000100002.

FELISBERTO, E. Avaliação do processo de implantação da estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI) no Programa Saúde da Família (PSF) no estado de Pernambuco no período de 1998 a 1999. 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas Ageu Magalhães, FIOCRUZ. Recife.

FRANCO, T.B.; Bueno, W.S; Merhy, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, Apr. 1999. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1999000200019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000200019&lng=en&nrm=iso)>. access on 28 Sept. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1999000200019>.

LACERDA, J.T.; Botelho, L.J; Colussi, C.F. Planejamento na atenção básica. Universidade Federal de Santa Catarina; – Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2012. 64 p. (Eixo 2 – O Trabalho na Atenção Básica). acesso em 15/05/201. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/sismob/recomendacoes\\_acessibilidade.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/sismob/recomendacoes_acessibilidade.pdf).

ROUQUAYROL, M. Z., 1993. Epidemiologia e Saúde. 4a ed., Rio de Janeiro: MEDSI

SAMPAIO, J. et al. Avaliação da capacidade de governo de uma secretaria estadual de saúde para o monitoramento e avaliação da Atenção Básica: lições relevantes. Ciência Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 279-290, jan. 2012.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. 2. ed. Brasília: MS/UNESCO, 2004.